Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!
БЕЛАРУСКАЯ СОЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

4-ты год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

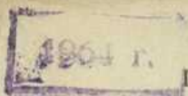
(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

№ 1

СТУДЗЕНЬ
1928



ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. С. Р.
МЕНСК



Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ СОЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

4-ты год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

№ 1

СТУДЗЕНЬ
1928



ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. С. Р.
МЕНСК



Общественное здравоохранение и гигиена

Охрана здоровья застрахованных в БССР за последние три года.

(1924—1927 г. [1]*).*

Д-р М. И. Барсуков.

Мой доклад по здравоохранению в Белоруссии и в частности по обслуживанию медико-санитарной помощью застрахованных совпадает с десятой годовщиной Октябрьской Революции. Это нас обязывает с особым вниманием подойти к тем практическим выводам, которые получили наши трудящиеся от советской медицины в результате десятилетия диктатуры пролетариата. Здесь, на этом С'езде надо с полной ответственностью заявить, что здравоохранение в буквальном смысле этого слова родилось вместе с октябрьским восстанием ленинградских рабочих и крестьян в 1917 г., ибо того здравоохранения, той медицины, которые нужны рабочему классу, при царизме не было. Нам пришлось не только заново строить медицинскую помощь, но и создавать ту медицинскую идеологию, которая является совершенно новой, передовой, не имеющей ничего подобного в буржуазных, даже наиболее культурных, странах Европы и Америки. Особенно у нас, в пределах БССР, резко чувствуется та перемена, которая произошла в лечебно-санитарном деле, когда у власти стали рабочие и крестьяне. Забитая, отсталая Белоруссия, жившая при царизме на правах колонии, даже не имела земской медицины и если в последние годы перед империалистической войной делались попытки царским правительством насадить куцое земство, то эти попытки носили самый жалкий характер. Только благодаря пролетарской революции рабочий мог, наконец, получить медицинскую помощь непосредственно там, где он работает, т. е. у станка, а крестьянин—в деревне, причем эта помощь по своим специальным видам и квалификации перешла довоенный уровень. Рабочему и крестьянину и не снилось, что он будет отдыхать в богатых особняках бывших богачей или жить на курортах в бывших царских дворцах.

Впервые, только в Советском Союзе, медицина стала классовой, единой, общедоступной, государственной. Только пролетарская революция сделала возможным широкое применение профилактики, как социальной базы оздоровления трудящихся. Советская медицина первая в мире не на словах, а на деле осуществила лозунг, что надо, главным образом, предупреждать болезни, а не только лечить. При оценке деятельности Наркомздрава, надо подходить именно с анализа

[1]) Из доклада на VI Всебелорусском С'езде Профсоюзов 31/X—2/XI 1927 г.

практического осуществления этого направления. Принцип профилактики должен был иметь и получил свое отражение в социальном законодательстве, ибо без санитарной культуры государству было бы трудно поднять экономику страны. Вопросы профилактики получили свое отражение во всей политике Советского государства, ибо без этого было бы немыслимо строить медицину и мы естественно уперлись бы в больничный тупик, который не сумел бы разрешить оздоровительных задач. И здесь мы можем констатировать, как неуклонно из года в год улучшается санитарное состояние наших городов, как усиленно строятся новые рабочие поселки и все больше развиваются новые формы общественного питания. Целый ряд городов, в том числе и столица БССР—Минск усиленным темпом строят канализацию, водопроводную сеть, делают изыскания по прокладке трамвайных путей, создают хлебные заводы, кооперативные молочные, холодильники и т. д. Строительство рабочих поселков, деревень, отдельных зданий, планирование населенных мест в значительной степени охвачено государственной властью и проходит под контролем санитарной организации. Охрана труда на предприятиях с каждым годом растет и тем самым понижает процент ранимости рабочих у станка от несчастных случаев.

Еще одно знаменательное обстоятельство необходимо отметить как достижение—это торжество принципа единства медико-санитарного дела. Если в прошлые годы Наркомздрав отчитывался на С'ездах профсоюзов через покойной памяти рамбеды, то теперь этого уже нет, это средостение уничтожено и все работники профессионального движения смогут непосредственно познакомиться со всей работой Наркомздрава в целом. Этим самым раз навсегда устраняется вредный параллелизм, создается здоровая атмосфера работы, делается возможным внесение большей плановости в строительство здравоохранения.

Мой доклад надо рассматривать не только как освещение вопроса об обслуживании медико-санитарной помощью застрахованных, но и как изложение тех основных принципов и той линии, которая составляет сущность всей работы Наркомздрава по охране здоровья трудящихся.

В настоящий момент, когда нашей партией и советской властью взят твердый курс на индустриализацию, огромное значение приобретает правильное построение лечебно-санитарной помощи застрахованным. Без здоровой рабочей силы, без оздоровления труда и быта рабочего класса немыслима хорошая производительность труда, а вместе с тем и качество той продукции, которая будет вырабатываться нашей промышленностью. Не может подлежать никакому сомнению, что пролетарское ядро советского государства должно обслуживаться на преимущественных началах перед прочим населением нашей республики.

Застрахованные должны и впредь быть постоянным об'ектом усиленного внимания органов здравоохранения и темп проводимой индустриализации должен по возможности сопровождаться соответствующим ростом медико-санитарной сети, направленной к постепенному и планомерному удовлетворению растущих потребностей рабочего класса. Но вместе с тем при построении городской медицины нельзя забывать необходимости подтягивания медицины в деревне, ибо последняя продолжает еще значительно отставать от города.

Необходимо также помнить, что нельзя ограничивать медицинскую помощь застрахованным только лечебными мероприятиями, ибо лечебная медицина, хотя и является одной из важнейших частей здра-

воохранения, не может быть отделена от общей системы оздоровительных мероприятий. Вся лечебная деятельность должна быть связана с санитарно-предупредительной работой по оздоровлению широких масс застрахованных.

Правильное и своевременное применение профилактических мероприятий с'экономит расходование лечебного фонда „Г" и позволит использовать его на улучшение быта и труда трудящихся, а не только на одно строительство лечебных коек.

В этом году Совнаркомом Белоруссии был правильно решен вопрос об окончательном изжитии института рабмедов. Своим постановлением от 27 апреля 1927 года Совнарком ликвидировал отделы рабочей медицины и весь об'ем их работы был целиком передан органам здравоохранения. „Ответственность за организацию медицинской помощи застрахованным на местах, говорит этот исторический документ, и за расходование фонда медицинской помощи застрахованным в соответствии с утвержденной сметой, возлагается на органы Народного Комиссариата Здравоохранения". Таким образом этим законом, наконец, разрешился тот вечный спор, который длился в продолжение десяти лет нашей революции о местонахождении страховой медицины. После длинного пути своего развития, на котором не мало было всякого рода зигзагов, и эта отрасль единой медицины слилась с общей системой советского здравоохранения.

Основные принципы, которыми руководствовался Наркомздрав при построении медицинской помощи застрахованным, были следующие:

а) Медицинская помощь, построенная на диспансерных методах, должна быть бесплатной, общедоступной, квалифицированной и приспособленной к условиям труда и быта рабочих.

б) Фонд „Г" участвует во всех главнейших лечебно-профилактических мероприятиях и в том числе расходуется на повышение квалификации обслуживающего медицинского персонала.

в) Фонд „Г" является дотацией к государственному и местному бюджетам и расходуется лишь на застрахованных.

Вот в основном чем руководствовался Наркомздрав и его органы на местах за все время своей работы. Разговоры о том, что часть средств расходовалась не по прямому назначению—ничем не обоснованы, ибо при отсутствии специальных лечебных учреждений для застрахованных, мы считали нецелесоообразным создавать в общих больницах такое положение, при котором бы чувствовалась слишком большая разница и неравенство в обслуживании рабочих и крестьян.

Перехожу теперь к оценке санитарного состояния БССР, ибо это даст возможность оценить насколько правильно была взята наша общая линия оздоровительных мероприятий.

К сожалению, приходится констатировать еще и теперь, что наша республика при всех своих достижениях еще крайне бедна и неблагоустроена в санитарно-техническом отношении. Правда, за последний год ощущается большой сдвиг в сторону улучшения, но все же этого недостаточно, чтобы говорить о благополучии.

Отсутствие в городах канализации, плохое водоснабжение населенных мест, разрушенность жилых построек, примитивный тип крестьянской избы, наконец, слабое развитие банно-прачешного дела— все это вместе взятое создает подходящую почву для распространения эпидемий, о чем я буду говорить дальше.

Что касается естественного движения населения, то здесь мы можем определенно сказать, что прирост населения из года в год растет. Вот таблица за последние три года:

На 1.000 человек:

	Родилось		Умерло		Прирост	
	В городах	В сельск. местност.	В городах	В сельск. местност.	В городах	В сельск. местност.
1924 г.	13.258	145 752	7.360	55.071	15,3	25.2
1925 г.	13.177	159.159	6.755	71 595	15.9	23.7
1926 г.	13.454	161.233	6.038	57.626	17,7	27.4

В сельских местностях Белоруссии большая рождаемость, но зато и большая смертность как взрослых, так и детей.

В городах БССР в 1925 году на 100 родившихся умерло 11,2 детей в возрасте до 1 года, в сельских местностях—12,7; в 1926 г. в городах и сельских местностях общая смертность была 14,2.

В довоенное время была другая картина: в 1909 г. умерло 20,1; в 1910 г. умерло 21,2.

Таким образом отсюда ясно видно, что наши данные, взятые из советской действительности, гораздо благоприятнее дореволюционных. Несомненно, это не случайное явление и здесь сказались многие социальные факторы. Не только плановость и настойчивость проведения медико-санитарных мероприятий являются причиной улучшения санитарного благополучия в БССР, но в основном это есть безусловно следствие общего под'ема народного хозяйства и культурного роста трудящихся.

Эпидемичность в БССР, или вернее ранимость населения заразными болезнями характеризуется следующей таблицей:

На 10.000 жителей приходилось:

	Сыпной тиф	Брюшн. тиф	Возвр. тиф	Дезинтерия	Оспа	Корь	Скарлатина	Дифтер.
1925 г.	10,8	14,0	0.5	12.0	0,3	71,0	33,7	9,3
1926 г.	9,0	10.6	0,2	8,6	0.3	11,0	34,6	7.9
1 четв. 1927 г.	2,4	2.2	0,04	0,4	0.03	4,1	6,9	1,8

В общем надо сказать, что эпидемии у нас в БССР хотя и снижаются, но все еще имеют весьма существенное социально-гигиеническое значение и в смысле их опасности для здоровья населения, и в смысле противо-эпидемических задач, стоящих перед органами здравоохранения.

Заканчивая этот санитарный обзор нашей республики, который является, конечно, очень кратким, нельзя обойти молчанием также и того количества укушенных бешеными животными, число которых еще продолжает быть высоким. С этим социальным злом, следствием нашей некультурности, мы боролись очень энергично последние три года. К сожалению, надо сказать, что эта борьба больше всего носила характер лечебный. Мы мало еще воспитали наших крестьян и рабочих смотреть на домашних животных, в частности на собаку, как на опасное животное, которое без соблюдения некоторых санитарных правил превращается в основную причину разных инфекционных заболеваний. Здесь я хочу сказать, что еще не всюду и не везде проводится наше распоряжение об обязательной привязи собак на цепь или выпуск их на улицу в намордниках. В результате несоблюдения этого, количество укушенных бешеными животными продолжает быть высоким.

Вот цифры за последние три года и 6 месяцев 1927 года.

Укушенных бешеными животными:

1924 г.	1925 г.	1926 г.	6 м. 1927 г.
1233	3319	3125	2154

В борьбе с этим социальным злом мы применили наш общий принцип приближения прививок непосредственно к самому населению. За 1926 год мы организовали 27 антирабических пунктов при окружных и некоторых районных больницах. Приближение этих прививок к населению представляет собой в высшей степени важное мероприятие не только с медицинской точки зрения, но и с экономической, ибо сберегает рабочему и крестьянину его гроши, которые иначе они бы тратили на дальние поездки.

Нашим научно-практическим и производственным центром в области разработки мер по борьбе с заразными болезнями является созданный Наркомздравом в Минске Государственный Институт Микробиологии, во главе которого стоит профессор Эльберт. Этот Институт изучает распространение инфекций, разрабатывает методы лечения и предупреждения болезней, изготовляет вакцины и сыворотки.

Перехожу к оценке состояния здоровья застрахованных в БССР. Общее количество активных застрахованных по БССР, не считая их семей и без учета транспортных рабочих на 1 мая 1927 года, по данным Наркомтруда, составляло 153.384. Если мы обратимся к их заболеваемости, то придется признать, что ранимость рабочих и служащих всякого рода болезнями довольно высока. На 100 застрахованных приходится в год нетрудоспособных дней в БССР 1070,0, в СССР 1079,5, иначе говоря в БССР наблюдается почти одинаковая заболеваемость со всем Союзом.

Из всех заболеваний наиболее обращает на себя внимание туберкулез и болезни дыхательных путей. Эта группа занимает второе место после всякого рода травм, флегмон и абсцессов. На 1000 заболевших застрахованных приходится: туберкулезных—4,5; болезней дыхательных путей—4,5; флегмон и абсцессов—16,1; болезней пищеварительных органов—12,0. Причиной высокой заболеваемости туберкулезом является целый ряд неблагоприятных моментов, о которых уже

говорилось выше и из которых на первом месте стоит общая малая сопротивляемость инфекциям организма рабочих и крестьян БССР в силу тяжелого дореволюционного прошлого и бывших войн. Высокий процент травм и повреждений кожи указывает на недостаточное соблюдение норм охраны труда на производстве.

Если взять заболеваемость рабочих по отдельным профессиям, то в первых рядах окажутся застрахованные стекольных предприятий, затем идут щетинщики, швейники и другие группы.

Свои лечебно-санитарные мероприятия Наркомздрав строил, главным образом, исходя из того санитарного состояния республики, общую оценку которого я пытался вам представить, а также на основе состояния здоровья рабочих и крестьян, их ранимости различными заболеваниями.

Наркомздрав обратил особое внимание на организацию пунктов первой помощи на предприятиях. Этим пунктам он придает и будет придавать огромное значение, как своим опорным ячейкам по оздоровлению труда и быта рабочих у станка. Мы видим непрерывно из года в год рост этих пунктов: в 1925 г. их было только 14; в 1926 г. —17 и в 1927—их стало уже 51. Такой же рост приближения медицинской помощи мы видим и в деревне по отношению к крестьянству. Там основной нашей ячейкой является врачебный участок. Вот цифры за последние годы. Здесь надо сказать, что в докладе Наркомздрава „За два года" на 2-м Всебелорусском С'езде Участковых врачей цифры за 1926-27 г. не сходятся с показанными здесь, так как взяты были до присоединения к БССР Гомельщины.

Характер помощи и количество лечебн. учрежд.	1924-25 г.	1925-26 г.	1926-27 г.	1927-28 г.
На 101 район БССР имеется:				
Районных больниц	78	94	116	118
Колич. коек в сельск. местн.	1379	1668	2156	2406
Радиус участка	14 в.	13½ в.	13 в.	12 ½ в.
Колич. жит. на участке на 1 врача	20568	14607	12000	11000
Колич. жит. на участке на 1 койку	2800	2255	2052	2000
Колич. зубных кабинетов в сельских местностях	33	76	96	106
Колич. акуш.-фельд. пунктов	126	145	130	110

Большое внимание уделял Наркомздрав борьбе с социальными болезнями, из них туберкулез занимал у нас в БССР особое видное место. Ежегодно по всей Республике умирает от туберкулеза около 12.000 населения.

Из 1000 всех причин смертей в 1924 г. на туб. падает 87,4
„ „ „ „ „ „ 1925 г. „ „ „ 72,9
„ „ „ „ „ „ 1926 г. „ „ „ 71,4

Во всех городах БССР мы имеем тубдиспансеры и, кроме того, 2 непосредственно в деревне. Всего 13.

При всех туберкулезных диспансерах имеются Советы Социальной помощи, деятельность которых в последнее время заметно оживилась. При ряде диспансеров имеются подсобные учреждения для социальной терапии туберкулезных больных: в Минске, Витебске, Бобруйске, Могилеве и Слуцке—ночные санатории; в Минске, Слуцке, Мозыре, Бобруйске, Витебске и Могилеве—диагностические стационары; при всех диспансерах на лето устраиваются детские площадки, почти при всех диспансерах имеются диэтстоловые для взрослых и детей. В этом году в распоряжение Советов Социальной Помощи отпущены по лечебному фонду средства на индивидуальную социальную помощь.

Коечного фонда по туберкулезу у нас еще недостаточно. Всего имеется 405 коек, как санаторных, так и клинических. Для лечения туберкулезных больных в БССР имеется несколько санаторий: для легочных больных (на 80 коек) „Красный Октябрь“, для легочных больных детей (20 коек) „Новинки“ Минского округа и для костно-туберкулезных детей (100 коек) „Черницы“ Витебского округа. Разумеется, этих учреждений далеко недостаточно для удовлетворения всех потребностей, так как число туберкулезных больных, как я уже выше говорил, очень велико, также значительно количество и больных костным туберкулезом. Равным образом далеко недостаточны те 10 коек для лечения волчаночных больных, которые организованы в Минске.

Необходимо принять все меры к увеличению количества коек, особенно по костному туберкулезу, волчанке и тяжелым формам легочного туберкулеза. Другой очередной задачей является создание научно-исследовательского центра—Туберкулезного Института, на что получено уже принципиальное согласие Совнаркома.

Венерическую помощь оказывают у нас диспансеры, имеющиеся во всех городах (12), и районные амбулатории. Венерических коек всего 167.

Рост венерических заболеваний характеризуется следующей таблицей:

Рост венерических заболеваний

1924 г.	1925 г.	1926 г.
9.065	11.719	10.624

Здесь заболеваемость за последние три года является более или менее стабильной.

Одним из важнейших подсобных видов лечебной помощи является курортная.

На курорты было отправлено:

	Застрахов.	Крестьян
В 1924-25 г. . .	50	120
В 1925-26 г. . .	400	96
В 1926-27 г. . .	406	97

Необходимо здесь отметить, что Наркомздрав не является сторонником отправки больных на курорты за пределы БССР.

Необходимо внести полную ясность в постановку этого вопроса и рассеять, наконец, тот „фетишизм“, который господствует сейчас по отношению к поездкам в Крым и на Кавказ. Никто, конечно, не собирается отрицать прекрасных климатических и других природных свойств знойного юга нашего Советского союза, но в то же время надо помнить, что последние научные исследования говорят о лучшем эффекте лечения, если последнее происходит в обычной обстановке больного. Поэтому, если бы с‘экономить те огромные средства, которые мы тратим ежегодно на переотправку больных и эти средства бросить на местное санаторное строительство—думается, было бы больше пользы. Мне на это могут сказать, что есть ли для этого предпосылки в самой Белоруссии? Безусловно имеются. Напрасно некоторые думают, что БССР есть какая-то страна вечных туманов—это безусловно ошибочный, поверхностный взгляд. Последние исследования Наркомздрава, сделанные на средства Белорусского Общества Красного Креста, Одесским Хим.-Бакт. Институтом, с определенностью выявляют целый ряд интересных по содержанию минеральных источников, расположенных в прекрасной холмистой и лесистой местности. Необходимо в ближайшем будущем укрепить местное курортное строительство и тем самым дать возможность большему количеству трудящихся восстановить свое здоровье.

Много достижений мы имеем в области охраны материнства и младенчества, которая является из всех видов медицинской помощи наиболее близкой к быту и труду наших работниц и крестьянок. Наши задачи в основном сводились к организации детских консультаций и яслей на предприятиях. Мы считаем, что открытый тип учреждений и широкое патронирование детей должны быть предметом особого внимания органов здравоохранения.

Вот в каком виде представляется рост учреждений по охране материнства и младенчества.

	1924-25 г.	1925-26 г.	1926-27 г.	1927-28 г.
Городские консульт.	10	16	16	19
Молочные кухни	7	11	14	14
Пост. городск. ясли	7	15	19	25
Консульт. для беремен.	—	12	20	20
Дома ребенка	16	15	13	14
Районные консультации	—	14	27	36
Летние ясли	42	100	175	192

На внебюджетные средства были организованы: 5 районных консультаций и 35 полевых яслей.

Число рождений за первое полугодие 1926 года по Белоруссии было 92.118, из них по городам БССР—10.757, по районам—81.361. Детей (в возрасте до 6 мес.) посетивших консультацию было по городам 8.879, а по районам—3.470. Таким образом, в городских кон-

сультациях обслуживаются 82,4 проц. всех родившихся, а дети сельского населения обслуживаются лишь в размере 4.2 проц.

Всех посещений в консультациях за 6 месяцев было 66.657 (в том числе посещений детей старшего возраста), в среднем каждый ребенок посетил консультацию в течение полугода два с половиною раза. Наибольшее число посещений падает на городские консультации (за полгода ребенок посетил три раза), на районные консультации падает два посещения. Эта цифра посещений еще далека от нормы, т. к. при хорошо налаженной работе консультаций приходится в среднем до 12 посещений в год.

Патронажных посещений за 6 м. было 17.576, количество детей, взятых на патронаж—12.274. Патронажная сестра в среднем посетила каждого ребенка 1,4 раза. Надо заметить, что патронажная работа количественно и качественно еще не достигла должного уровня. Улучшение постановки патронажа в основном зависит от квалификации персонала и наличия достаточных штатов. В этом направлении органами здравоохранения уже предприняты необходимые шаги, и можно думать, что в ближайшие один, два года эта важнейшая часть работы консультации будет налажена.

В городских яслях прошло за 3 четверти 1926 г.—868 детей, из них застрахованных—628. По социальному составу дети распределяются след образом: из семей рабочих—529, служащих—151, безработных—124, красноармейцев и пр.—64. В минских яслях, где имеются опытные руководительницы, с детьми проводятся систематические занятия, дети строго распределены на группы, введены дневники. В остальных округах педагогическая работа в яслях только начала проводиться, но этот вопрос осложняется отсутствием подготовленного персонала, знающего педагогическую работу среди детей младшего возраста. Санитарно-воспитательная работа среди матерей всюду проводится через Материнские Комитеты. Устраиваются общие собрания матерей, где ставятся доклады о работе яслей, читаются лекции, организовываются вечера спайки. В яслях установлены также дежурства врачей.

Большим достижением за отчетный год является проведение работы в яслях и детконсультациях на национальных языках (белорусском, еврейском) соответственно родному языку обслуживаемой группы населения.

В области охраны здоровья детей и рабочих подростков нами проделана также большая работа, но еще далеко недостаточная, ибо эта область медицины долгие годы в силу бедности нашего бюджета значительно отставала.

Нашу работу мы всегда строили под углом физического воспитания трудящихся, откуда исходит наш особый интерес к физкультуре, как одному из лучших способов физического оздоровления рабочего класса и крестьянства.

Мы имеем в настоящее время почти во всех городах БССР детские диспансеры и при них антропометрические кабинеты, которые пропустили через себя значительное число школьников и физкультурников. Наша задача в дальнейшем из антропометрических кабинетов—создать учреждения диспансерного типа, где бы мы могли начать работу по широкому обхвату здорового населения БССР. Это были бы профилактические амбулатории для здоровых.

Надо признать, что тяжелые условия труда и быта рабочих подростков и обнаруженное число больных и слабых значительно превышает возможности, имеющиеся у нас в данный момент для устранения этих дефектов и для их социального лечения. Однако частично по-

добные мероприятия проводятся (направление в Дома Отдыха, санатории, курорты и проч.) и значение массовых обследований от этого не уменьшается, так как они дают определенные указания на те оздоровительные мероприятия по охране труда, по жилищному строительству, по организации питания и т. д., которые должны быть проведены для оздоровления подрастающего поколения. Вот несколько цифровых данных по медосвидетельствованию 1925 года.

Около 8% подростков страдает туберкулезом, 27%—малокровием, 21%—болезнями органов дыхания, 27%—болезнями зубов и органов пищеварения и т. д. Скверные квартирные условия и неудовлетворительное питание иллюстрируются след. цифрами: 42% отмечают тесноту помещения, 80% живут по три человека и более в одной комнате, 34% указывают на холодное помещение, 40% недостаточно питаются. 18% живет впроголодь.

Участие органов здравоохранения в работе по медобслуживанию пионеров недостаточное. Обслуживание производилось, главным образом, студентами-медиками и врачами в порядке шефства, которое взяли на себя Бел. Общество Красного Креста и Республиканское Бюро Врачебной секции. В прошлом году не было достаточной увязки между органами здравоохранения и шефскими организациями. Вся медицинская работа по обслуживанию свыше 70.000 пионеров носила случайный характер и не учитывалась.

Частично пионеры обслуживались Детскими Диспансерами г. Минска и Витебска. Санпросветработа среди отдельных групп пионеров проводилась путем лекций и собеседований. Местами пионеры обслуживались антропометрическими кабинетами.

Лагерная кампания летом 1926 г. большей частью проводилась без систематического врачебного наблюдения, хотя предварительный медицинский осмотр пионеров до отправки их в лагеря кое-где был произведен.

Еще один вид заболеваний в БССР останавливает наше внимание—это психические болезни. В силу целого ряда национальных и социальных моментов БССР оказалась в очень неблагополучном положении не только в смысле псих. заболеваний, но и по оказанию помощи психическим больным. Надо отметить, что с каждым годом и этот вид помощи значительно улучшается. Вместо 775 коек в 1925-26 г. в 1926-27 г. уже развертывается свыше 835. Проводится диспансерная работа, начинается широкая популяризация патроната больных, устраиваются трудовые колонии. Для госпитализации нервных больных в этом году приступлено к постройке нервного санатория в Полоцком округе.

Из специальных видов помощи особенный интерес для застрахованных представляет развитие рентгеновских кабинетов, которых до революции совершенно не было в БССР; также имеет интерес развитие протезного дела, организация физиотерапевтических лечебниц и зубоврачебная помощь.

Протезная помощь населению Белоруссии (искусственные конечности и ортопедические корсеты) оказывается Протезной Мастерской НКЗ в Минске; при ней же организована с этого года Ортопедическая Амбулатория. В течение 1925-26 г. было опротезировано 425 инвалидов войны и 37 инвалидов труда. Кроме того, Протезной Мастерской произведены ремонты 180 протезов; все это составляет 470 производственных протезных единиц. Все протезы распределены между Районными Исполнительными Комитетами, через которые инвалиды войны и крестьяне получают протезы. Мелкопротезная помощь (зубы, очки,

бандажи) оказывается в округах. (За три четверти 1926 г. выдано 1.307 зубных протезов с общим числом зубов 19.876), главным образом для застрахованных.

Из прочих видов специальной помощи следует отметить рост рентгеновского дела. В 1925 г. рентгеновские кабинеты были только в Минске, Витебске и Бобруйске. В настоящее время рентгеновские кабинеты вновь оборудованы во всех окружных городах БССР, обновлены старые установки, а в Минске открыт Центральный Рентгеновский Кабинет с мощной установкой для глубокой терапии; при нем же организуется в этом году лечение радием. Развитие деятельности рентгеновских кабинетов особенно важно для борьбы с паршей и стригущим лишаем, болезнями бытовыми, имеющими значительное распространение в БССР.

В 1924-25 г. через рентгеновский кабинет прошло 6.593 больных, из которых было 482 фавозных (параша) и 238 трихофитийных (стригущий лишай); в 1925-26 г. прошло 15.160, из них 1.183 фавозных и 824 трихофитийных.

Предлагаемая таблица дает представление о росте рентгеновских, физиотерапевтических и зубных кабинетов по БССР за последние годы.

Годы	Рентгеновские кабинеты	Зубные кабинеты	Физиотерапевтич. кабинеты
1925-26 г. . .	3	76	2
1926-27 г. . .	13	96	4
1927-28 г. . .	15	106	5

Весьма большую роль в деле организации медицинской помощи застрахованным играет врачебный контроль и социальная трудовая экспертиза. Врачебно-Контрольные Комиссии и Бюро Экспертизы должны составлять неразрывное звено всей лечебно-профилактической организации, участвующей в общей оздоровительной работе. Правильная работа этих органов является залогом своевременного принятия необходимых мер для восстановления потерянной трудоспособности.

Работа указанных органов имеет весьма важное значение и для определения тех производственных вредностей, которые вызывают в данном районе более частые заболевания. Это в свою очередь позволит Наркомздраву совместно с Наркомтрудом своевременно наметить оздоровительные мероприятия по охране труда и быта трудящихся.

Для социально-трудовой экспертизы во всех окружных и районных городах были окружные Врачебно-Контрольные Комиссии, в Минске и Витебске—Бюро Врачебной Экспертизы и при Наркомздраве—Центральное Бюро Врачебной Экспертизы.

За 1926 год по неполным сведениям, по всем ВКК, без Гомельщины, прошло 64.726 человек. Из них признано: здоровыми—$5^1/_2$%, больными с сохранением трудоспособности—18,4%, предоставлено отпусков—59,1%, переведено в инвалиды—1,8%, остальным назначено амбулаторное и стационарное лечение.

Интересны данные по отпускам:

До 7 дней—49,1%; До 21 дней—4,0%;
„ 14 „ —39,3%; „ 30 „ и выше—7,7%.

Такая высокая цифра кратковременных отпусков указывает помимо всяких прочих причин на общую ослабленность организма застрахованных.

Кроме всех перечисленных видов помощи застрахованные пользовались как общим коечным фондом наших больниц, так и посещали наши общие амбулатории и получали помощь на дому. Здесь надо особенно подчеркнуть, что рациональность построения всего этого, несомненно, влияет на степень заполняемости больничных коек и уменьшает количество отпусков по временной нетрудоспособности. Количество амбулаторных посещений за первое полугодие 1926-27 года в абсолютных цифрах без Гомельщины было—901.171; посещаемость на дому—244.252. В среднем на одного застрахованного с семьей в год приходится 16 амбулаторных посещений и 4,4 посещений на дому. Среднее количество амбулаторных посещений в БССР мало отстает от РСФСР, где эти цифры достигают 16,6. Ленинградская норма—20. Мы предполагаем в этом году норму увеличить до 18.

Стоимость амбулаторного посещения вместе с медикаментами обходится в 40 коп. Здесь необходимо отметить высокие цифры посещаемости на дому сравнительно с амбулаторной помощью. У нас в БССР в этом отношении имеется большое расхождение „медицинских ножниц". Причину подобного явления надо искать в небрежном, несознательном отношении застрахованных к вызываемым врачам, которые довольно часто принуждены бывают посещать своих пациентов по совершенно незначительным поводам. Кроме того, на это еще влияет недостаточное количество коечного фонда в наших стационарных учреждениях. Между тем не следует забывать, что стоимость одного посещения довольно значительная—1 рубль. Наркомздрав полагает, что с рационализацией дела здравоохранения эта норма должна неизбежно снизиться, примерно, до 2-х посещений в год. В настоящем году норма останется 4,5.

Скорая помощь еще недостаточно оформлена в наших окружных городах.

Общее количество коек для застрахованных составляет: 1.813, при чем из общего коечного фонда, равного в БССР 4.846, занято застрахованными в городах 31,01% и в районах—9,04%. На первое полугодие 1926-27 г. без Гомельщины проведено 116.457 койко-дней, что на каждого застрахованного с семьей дает 3,7 койко-дней. В РСФСР норма выше и достигает 4,6. Необходимо и в БССР повысить до 4-х койко-дней на застрахованных, что даст на 1000 чел.—10 коек. Стоимость койки 2 р. 50 к. В текущем году эта стоимость повышается до 2 руб. 75 коп.

Количество выдаваемых рецептов на одного застрахованного с семьей составляет 10,7. Всего за 1926 год было выдано 1.384.334 рецепта, при чем большой процент этих выдач падает на окружные города.

Несколько слов о бюджете по фонду „Г".

Общее количество по фонду „Г" в 1926-27 г. составляло 3.218.483 р. Если считать общую сумму государственного и местного бюджета по Наркомздраву 7.347.414 руб., то участие фонда „Г" в общем бюджете НКЗ составляло 44%. На Украине удельный вес фонда „Г" еще больше повышается, доходя до 55,74%. На 1927-28 год предполагается увеличение сметы по фонду „Г" на 10%, что, примерно, даст 3.584.131 р. Удельный вес фонда „Г" остается прошлогодний. В дальнейшем необходимо удельный вес фонда „Г" постепенно снижать в соответствии с ростом государственного и местного бюджета.

При анализе отдельных расходов по фонду „Г“ необходимо отметить, что лечебно-профилактические мероприятия брали 60,57% отпускаемых средств. По отдельным видам медицинской помощи фонд „Г“ расходовался в следующем порядке: амбулаторная помощь—41,99%, стационарная—18,58%, курортно-санаторная—9,67%, охрана материнства, младенчества и детства—5,47%, специальное лечение и протезирование—5,64%, контроль и экспертиза—1,94%, санпросвет и физкультура—1,45%, на ремонт и строительство—13,43% и прочие расходы—1,83%.

Если сравнить наши процентные отношения по отдельным видам помощи с Украиной, то получим: амбулаторная помощь—48,80%, стационарная—25,76%, охрана материнства и младенчества—5,91%; специальное лечение—3,53%, на прочие расходы—16%. В общем процентные соотношения по расходованию фонда „Г“ БССР и УССР не имели значительных расхождений.

Какие же перед нами стоят задачи как по здравоохранению в целом, так и по обслуживанию застрахованных, в частности на ближайшие пять лет?

1. Основное—это дальнейшее приближение медико-санитарной помощи к рабочим и служащим и рациональное расходование фонда „Г“ только на главнейшие медико-санитарные мероприятия. Организация широкой медицинской помощи на фабрично-заводских предприятиях, с количеством рабочих не менее 100, должно стать первейшей задачей Наркомздрава. Медицинский пункт на заводе должен нести те же обязанности, что и врачебный участок в деревне. Широко развивая диспансерную деятельность, этот пункт должен стать основной базой оздоровления труда и быта рабочих.

2. Амбулаторная помощь должна быть преобразована в диспансерную, причем больница должна носить характер диспансерного стационара. Норма амбулаторных посещений на одного застрахованного в течение года должна составлять не менее 18. Расширение количества амбулаторий должно соответствовать увеличению коечного фонда по специальностям. Медицинскую помощь в городе необходимо районировать, при чем районный пункт строится на принципах сельского врачебного участка. Скорая помощь и помощь на дому должны быть четко оформлены в каждом районном медицинском пункте. Частная врачебная практика должна быть взята под тщательный контроль органов здравоохранения. Особое внимание надо уделить помощи на дому и всеми способами бороться против несознательного и небрежного отношения к врачам, которое выражается в частых и ненужных вызовах врача на дом. При организации помощи на дому следует иметь в виду те профилактические задачи, которые стоят перед медицинским персоналом, обслуживающим этот вид помощи. Врач помощи на дому должен быть проводником санитарной культуры в семье застрахованного.

3. Принимая во внимание острую нужду в коечном фонде специального назначения, необходимо в первую очередь выдвинуть увеличение количества коек: заразных, акушерско-гинекологических, туберкулезных, психиатрических, глазных, уха, горла и носа.

4. Из специальных видов помощи застрахованным особое значение приобретают зубоврачебная, рентген, физиотерапия и снабжение протезами. Все эти виды помощи необходимо приблизить к трудящимся и сделать их наиболее доступными.

5. Одним из средств раскрепощения быта работниц и улучшения условий жизни рабочих подростков является охрана материнства, мла-

денчества и детства. Фонд „Г“ должен принимать участие в строительстве детских диспансеров, детских консультаций и яслей, а также в мероприятиях, способствующих развитию физической культуры.

6. Санитарное оздоровление труда и быта трудящихся немыслимо без участия в нем самих рабочих. Принимая во внимание тяжелое санитарное состояние Республики и общую санитарную неграмотность, необходимо учесть некоторое участие фонда „Г“ на расходы по общим санитарно-оздоровительным мероприятиям, особенно в части санитарного просвещения, изучения профессиональных вредностей и в организации санитарно-бактериологических лабораторий.

7. Необходимо обратить должное внимание на улучшение лекарственной помощи и на большее приближение ее к застрахованным. Последние должны иметь право получать лекарства как из аптек лечебных учреждений, их обслуживающих, так и хозрасчетных, при условии полной бесплатности медикаментов. При этом надо позаботиться о том, чтобы наиболее ходкие и непортящиеся лечебные препараты имелись бы в аптеках в готовом виде. Необходимо централизовать аптечное дело в БССР в виде единого аптечного управления.

8. Курортно-санаторное дело целесообразно об'единить с домами отдыха и брать курс на использование местных санаторных возможностей, чем тратить средства на посылку больных на курорты Крыма и Кавказа.

9. Необходимо упорядочить технику своевременного получения органами здравоохранения из страховых касс полагающихся отчислений на лечебный фонд. Последний должен бронироваться и не расходоваться Страхкассами на другие социальные нужды.

Было бы неправильным закончить мой доклад не говоря о той базе советской медицины—рабоче-крестьянской общественности. без которой не мыслится правильная организация, сила, популярность советского здравоохранения.

Участие широких масс трудящихся в строительстве советского здравоохранения всегда являлось предпосылкой успешного проведения медико-санитарных мероприятий. Несмотря на рост советской общественности вокруг дела здравоохранения—все же этого еще не вполне достаточно. В этом отношении огромное значение приобретают комиссии охраны труда на предприятиях, как первичные ячейки по оздоровлению труда и быта рабочих. Одной из основных задач этих комиссий является помощь органам здравоохранения в учете и устранении вредных моментов, болезненно влияющих на здоровье застрахованных. Работа органов здравоохранения по обслуживанию застрахованных должна быть наиболее часто освещаема на общих собраниях, во время перевыборов страховых касс и на секциях здравоохранения городских советов.

Комиссии охраны труда, фабрично-заводские комитеты, советы социальной помощи при лечебно-профилактических учреждениях, ячейки общества Красного Креста, должны быть общественной базой деятельности органов здравоохранения в отношении медико-санитарной помощи застрахованным.

Мне вспоминаются слова В. И. Ленина, которые он сказал нам в 1917 году при первой попытке построения единого центра управления делом здравоохранения: „Не увлекайтесь“, говорил он, „идеей создания будущего Наркомата. Сначала проведите большую работу по популяризации этой мысли среди широких масс рабочих и крестьян. Убедите их в целесообразности такого об'единения лечебно-санитар-

ного дела, мобилизуйте вокруг всего дела здравоохранения широкие массы трудящихся.

Только так и на основе этой советской общественности органы здравоохранения будут полезны для рабочего класса и крестьянства".

Второе не менее важное значение приобретает для нас лозунг, впервые получивший у нас оформление благодаря пролетарской революции—это лозунг об'единения медико-санитарного дела.

Рациональное построение медико-санитарной помощи застрахованным тесно связано с единством всей медицины. Всякий параллелизм в работе по организации медико санитарной помощи застрахованным, вне органов здравоохранения и при отсутствии связи с последними, является кустарничеством и вносит вредную дезорганизацию. Экономия расходуемых средств и необходимость создания четкого планового руководства всей медициной, диктует необходимость сосредотачивания всех санитарно-оздоровительных мероприятий в органах здравоохранения. Вместе с тем необходимо тесно увязать рост промышленности и развитие сельского хозяйства с лечебно-санитарным делом. Без оздоровления труда и быта, без правильной организации лечебно-санитарной помощи нельзя строить экономики страны.

Заканчивая и подводя окончательные итоги, можно с уверенностью сказать, что на пороге десятой годовщины пролетарской революции мы выполнили в большей своей части перед рабочим классом те обязательства, которые мы ему дали в 1917 году. Это знаменательно еще и потому. что строительство здравоохранения проходило в первые годы революции в крайне тяжелых, можно сказать, в невероятных по трудности условиях. Гражданская война, разруха, голод, эпидемии—все это не остановило советскую власть и в частности медицинских работников крепко держать в своих руках знамя советской медицины, твердо и последовательно проводить широкие оздоровительные мероприятия.

И только лишь благодаря самодеятельности рабочих и крестьянских масс, нам удалось создать на пустом месте, при полном отсутствии всяких материальных ценностей и предпосылок—ту сеть, которую мы сейчас имеем, хотя, правда она еще является не вполне достаточной.

Я полагаю, что на здравоохранение не следует смотреть только как на накладной для государства расход. При рационализации своего построения и удешевлении аппарата, крепко спаянное с рабоче-крестьянской общественностью—здравоохранение в БССР будет являться тем могучим социальным фактором, который поможет рабочему классу и крестьянству лучше и крепче построить свое народное хозяйство.

Из заключительного слова.

Я коснусь сначала тех вопросов, которых касались выступавшие в прениях товарищи и в первую очередь дам раз'яснение т. т. Нейману и Берзину из Витебска. Эти товарищи об'ясняли дефицитность Витебской Страховой Кассы почти исключительно за счет недостаточного лечения застрахованных, что, по их мнению, является следствием слишком малого пребывания больного на больничной койке. Последний свой вывод они пытались обосновать таблицей, приложенной к статье т. Фурса, где, по их мнению, указана продолжительность койко-дней застрахованных Витебского округа. Здесь кроется сплошное недоразумение. В материалах, розданных вам, есть книжка с моими тезисами, и там на стр. 16 приложена табл. № 3, где говорится о ста-

ционарной помощи застрахованным в БССР за 1925, 1926 и 1-е полугодие 1927 г. Эта таблица имеет своей задачей показать, на какое количество койко-дней может рассчитывать каждый застрахованный Витебского округа, так что цифра 4,94 означает, что примерно около 5 койко-дней имеется в запасе у каждого здорового застрахованного на случай его болезни. Но принимая во внимание, что не все же 18,451 застрахованных Витебского округа внезапно заболеют и так сильно будут больны, что всем им потребуется коечное лечение—надо думать, что опасения на этот счет Витебских товарищей совершенно излишни. Даже если предположить, что 25% из этого количества потребуют коек, то и тогда продолжительность пребывания на койке будет значительно высокой, примерно, около 10-11 дней и больше. Значит, дефицитность страхкассы не только зависит от органов здравоохранения, видимо есть какая то более серьезная причина, о которой надо поговорить и которую требуется детально проанализировать.

Тов. Нейман также пытался обвинить Наркомздрав, что им ничего не сделано, как по изучению профессиональных вредностей, так и по устранению последних на производстве. Тоже неверно. Тов. Нейман, как медицинский работник должен, казалось бы, знать, что Наркомздравом создана Клиника профессиональных болезней, которая специально этими вопросами занималась. У меня имеется краткая справка д-ра Ефимьева, заведывающего этой клиникой, что было сделано последней за это время.

Клиника, которая была организована в 1926 г., обследовала пищевую промышленность, в частности дрожжевые заводы: „Красная Заря", „Пролетарий", „Варшавянка", пивоваренный завод „Беларусь" и пекарню ЦРК.

Обследовались заводы стекольного производства в Минске—„Пролетарий" и „Домбаль" в Борисове.

Обследован труд войлочников, печатников и табачников. Всего было под наблюдением 1.072 человека, не считая рабочих Борисова и Витебска, из них 285 чел. были даже помещены на койки.

В результатах всех этих осмотров удалось несколько улучшить и условия труда на вредных производствах.

На дрожжевых заводах одна из вредных профессий была профессия триерщика, работающего у барабана, где зерно отделялось от пыли и сора и сортировалось. Рабочий был окутан пылью, все помещение запылялось. Здесь кроме вытяжки приделаны еще и мешки для „отхода" сора и крупной пыли; барабан заключен в закрытый ящик, зерно идет прямо в русло элеватора. Таким образом теперь стало возможным работать без облаков пыли. На дрожжевом заводе „Пролетарий" построено новое здание для упаковщиц, они выведены из плохого помещения, где было тесно, шумно и пыльно. Вывод упаковщиц улучшил условия работы прессовщиков и других.

Улучшены условия работы почти во всех отделениях усилением освещения.

На заводе „Варшавянка" заканчивается постройка новой упаковочной, столовой и строится теплая уборная.

На заводах устроены раздевальни со шкафами для рабочих и устроены теплые души для рабочих.

На пивоваренном заводе те-же улучшения плюс механизация: в сушне, где работа была тяжелая, где приходилось перелопачивать каждый час сотни пудов при высокой температуре до 60°, устроена механическая мешалка, рабочие-сушняки уже не работают в высокой температуре и не вдыхают мельчайшую пыль. Значительно механизи-

ровано искусственное охлаждение бродильных чанов; рабочим не приходится больше таскать на себе лед и подниматься с ним по скользким лесенкам к бродильным чанам.

На заводе „Беларусь“ заканчивается постройка душей, раздевальни для мокрых отделений. Приняты меры для борьбы со сквозняками в моечном отделении и в разливочном. Устроен „Тамбур“. Проведено первое отопление в некоторых отделениях, где это возможно, по производственным процессам. Механизируется доставка солода.

На „Красной Заре“ строится приточно-вытяжная вентиляция.

На стекольном заводе: трубки для выдувания раньше переходили от смены рабочих к другой смене, теперь каждая смена имеет отдельные трубки для себя. Устроена столовка для рабочих, даны умывальники, устроены шкафчики для одежды. Раньше „закальные“ печи не имели вытяжек и дым шел в помещение гуты, кладчикам готовых изделий приходилось залезать в печь при нагрузке готовых изделий, теперь все закальные печи переделаны, сделаны вытяжки; механизирована в новой гуте и закалка—по рельсам вводятся в печь вагонетки с готовыми изделиями для закалки. Также улучшены условия работы в гончарном отделении завода, где был дым вследствие отсутствия вытяжек у печи.

На войлочном заводе:

У трепальной машины, где была тяжелая работа, где заносило пылью рабочего и где он работал в холодном помещении на сквозняке, сделаны приспособления для изоляции рабочего, который теперь через окошечко наблюдает за ходом работы и, таким образом, избавлен от пыли. Произведен крупный ремонт завода. Настильное отделение, где выделяется много пыли при работе, отделено от котельного отделения. Заново отделаны проливное отделение и сушилка, последняя механизирована. Значительно улучшены санитарные условия работы.

Вот в кратких чертах все те улучшения, которые были достигнуты с момента изучения профвредностей, здесь не указаны мелкие санитарные улучшения.

Кроме забот о городском пролетариате, Наркомздраву в ближайшее время придется обратить самое серьезное внимание на сельскохозяйственных рабочих батраков, которые работают в совхозах, сельхоз. коммунах и в других деревенских хозяйствах. Это заставляет нас больше датировать из фонда „Г“ на лечебно-профилактическую помощь в сельских районах.

Очень важное значение по всей нашей медико-санитарной работе имеет физическое воспитание трудящихся, ибо здесь куется здоровье нашей смены, исправляются дефекты, которые получаются от трудовых процессов. Особенно в настоящий момент, когда угроза войны с каждым днем все больше становится реальной—нам необходимо, как можно лучше и крепче поставить физкультурную работу. Между тем на этом фронте еще есть много недостатков и из них самый основной, что профсоюзы слабо оценивают физкультуру—могучий фактор физического оздоровления рабочего класса, дающего ему возможность наилучшим способом восстанавливать свои силы. Мы в БССР в этом вопросе упираемся в серьезнейшие препятствия, которые мешают поставить физкультуру на должную высоту—это отсутствие помещений. Если летом можно заниматься под чистым небом, на открытом воздухе, то это уже становится невозможным зимой. Волей-неволей приходится заниматься в душных классных комнатах, вскоре после школьных уроков и вместо чистого воздуха вдыхать пыль и всякие зловония. Естественно, что пользы от таких физических



упражнений не будет большой и мы, вместо закалки организма, можем его калечить.

Вопрос о постройке спортивных площадок, зал, домов физкультуры, приобретает огромное политическое значение и работникам профессионального движения необходимо помочь физкультурникам и заострить внимание советских организаций на практическом разрешении этого вопроса.

Нельзя обойти молчанием и тех замечаний, которые были здесь, относительно небрежного отношения к больным со стороны медицинских работников, в частности врачей.

Я вовсе не хочу быть пристрастным к оценке медицинского труда, но должен прямо сказать, что в огромном большинстве случаев бывают виновны не врачи, а сами пациенты. У меня имеются сотни примеров, которые свидетельствуют, как часто вызывают врача по сущим пустякам и когда врач находит больного не в постели, а гуляющим по улице.

С этим злом надо бороться и в первую очередь самим же профсоюзам. Надо бережливо, внимательно относиться к врачу, а ве смотреть на него как на раба, который должен исполнять людские прихоти подчас самого злостного характера. Надо помнить, при каких тяжелых обстоятельствах приходится работать врачу, акушерке, санитару. Врачу, труд которого оплачивается не вполне достаточно, приходится максимально тратить свою энергию, ибо ему приходится иметь дело не с здоровым человеком, а с больным.

С большим удовлетворением, я могу отметить тот исключительный деловой характер прений, которые велись по моему докладу. Мне много раз приходилось слышать прения по здравоохранению на различных С'ездах и если раньше, главным образом, все сводилось только к требованиям на медикаменты, то теперь на нашем С'езде этого уже не происходит. Здесь все выступавшие говорили больше всего о качестве работы органов здравоохранения, чем о количестве сети. Это выгодно отличает настоящий С'езд от предыдущих и означает, что все выступавшие правильно оценили текущий период нашей деятельности, когда надо будет больше и глубже касаться мелочей, всего того, что может качественно повысить нашу работу.

Заканчивая, я должен подчеркнуть, что наша основная задача, которая будет стоять перед органами здравоохранения на ближайшее время—это качественное и количественное улучшение оказания медицинской помощи на предприятиях.

Наш тезис об организации пунктов медицинской помощи на всех предприятиях, на которых имеется не менее 100 рабочих—должен быть практически осуществлен. Тем более, что 85% этого уже сделано.

Эти пункты должны стать диспансерными очагами санитарной культуры не только в том учреждении, где работает рабочий, но также и в его быту, в его жилище, в рабочем поселке.

Я вполне уверен, что тот энтузиазм, который двигал рабочие массы в 1917 году на свержение буржуазной власти и при помощи которого нам удалось на пустом месте построить советское здравоохранение и—дальше не ослабнет.

На основе широкой самодеятельности рабочих и крестьянских масс—под руководством коммунистической партии—мы построим здоровую светлую жизнь и тем самим проложим путь к скорейшему осуществлению в нашей стране—социализма.

Рудольф Вирхов, как патолого-анатом.

(*По поводу двадцатипятилетия со дня его смерти*).

Проф. И. Т. Титов.

Двадцать пять лет тому назад скончался всемирно известный профессор патологической анатомии Берлинского Университета Рудольф Вирхов. Не только немцы, но весь культурный мир оплакивал его смерть. В лице Вирхова человечество лишилось не только талантливого врача, но и гениального человека, всю свою жизнь посвятившего служению человечеству и главным образом обездоленной и угнетенной части его. Особенно тяжела была эта утрата для врачебного мира. Можно смело утверждать, что на всем земном шаре не было ни одного врача, который бы не знал имени Вирхова. И для заурядного сельского врача и для представителя университетской кафедры это имя было одинаково дорого.

Восьмидесятилетний юбилей Вирхова, праздновавшийся за 2 года до его смерти, наглядно продемонстрировал его популярность; это был праздник всего медицинского мира и тысячи приветственных телеграмм, адресов, почетных дипломов и других знаков почтения и уважения, полученных им со всех концов света, лучше всего свидетельствуют о той симпатии, любви и поклонении, которыми он пользовался. Я живо помню, как этот юбилей в 1901 году торжественно праздновался в соединенном заседании 7 медицинских обществ г. Киева. Актовый зал университета был переполнен до отказа. Лучшие представители различных медицинских дисциплин выступали с приветственными речами. На меня, тогда еще молодого врача, этот праздник произвел глубокое, неизгладимое впечатление. Наука во всем величии рельефно стала передо мною, а в служителях ее я стал видеть тех чистых, честных, бескорыстных людей, к которым невольно льнет молодая душа. Прошли юбилейные дни, жизнь вошла в свою колею. Повседневная работа с ее маленькими радостями и печалями стала засасывать нас, как вдруг телеграф принес краткое сообщение; Rudolf Virchow скончался! Равнодушная природа отнеслась к нему, как к обыкновенному, рядовому человеку и неумолимая смерть унесла в могилу этого титана мысли, этого кумира культурного человечества. С душевной болью расстались мы с тем, кто в течение 60 лет стоял на страже науки, был нашей путеводной звездой, нашей совестью, и строгим, но справедливым судьей.

Прошли года... Острое, горькое чувство потери стало сглаживаться, текущая работа постепенно затушевывала яркий образ великого человека, а мировые события 1914-го и последующих годов, в которых каждому из нас пришлось так или иначе принимать участие, отвлекли наше внимание, притупили наши чувства и не позволили нам своевременно достойным образом увековечить память великого реформатора медицинской науки.

Каждый год мир получает все новые и новые кадры врачей. С каждым годом на мировой арене появляются все новые и новые кумиры и память о тех, перед которыми еще так недавно преклонялись, постепенно тускнеет и блекнет. А между тем в жизни не только гения, но даже талантливого человека есть много такого, что не должно забываться, чему следовало бы подражать, чему следовало бы учиться и периодическое воспоминание о жизни таких людей является для нас лучшей школой, а для них лучшим памятником и наградой. Во исполнение этих мыслей мы и собрались сегодня, чтобы через 25 лет после смерти Вирхова почтить память этого великого ученого и человека, вспомнить, как он жил, работал и творил и постараться, пользуясь его примером, продолжать великое дело служения науке.

Рудольф Вирхов родился 13 октября 1821 года в небогатой купеческой семье, проживавшей в маленьком городке Померании—Шивельбеине. Первочальной грамоте он научился частью дома, частью в народной школе, откуда на 13 году поступил в гимназию в Кеслине. Уже в гимназии проявились блестящие способности Вирхова. Науки давались ему легко и особенно преуспевал он в языках, которые усваивал без всякого напряжения. Кроме латинского и греческого языков, которые он знал в совершенстве, Вирхов еще в гимназии изучил еврейский и итальянский языки. Все это делалось как бы шутя, между делом. Эта способность к языкам должна была толкать Вирхова на филологический факультет, но не о том мечтал молодой человек. Естественные науки и в особенности медицина неудержимо влекли его к себе и в 1839 году по окончании гимназии Вирхов в 17-ти летнем возрасте поступил в Военномедицинский Friedrich'а Wilhelm'а институт в Берлине, помещавшийся на месте нынешнего Charité. Мечты осуществились и Вирхов со всем пылом молодости принялся за изучение медицинских наук, потратив на это 4 года. Среди профессоров медицинского института в то время выделились Henle, Schönlein, Dieffenbach Romberg, и знаменитый Iohann Müller. В особенности последний имел на Вирхова большое влияние и дружеские отношения между ними сохранились до самой смерти Müller'а. Осенью 1843 года Вирхов защитил докторскую диссертацию на тему „De rheumta praesertim corneae“ и как стипендиат сейчас же после окончания был назначен младшим врачем и помощником прозектора в прозекторию к Froriep'у.

Надо заметить, что в это время в медицинском институте специальной кафедры патологической анатомии не было, а вскрытия клинических трупов производились специально существовавшим для этих целей прозектором, каковым и был в то время Froriep. Высокообразованный, чрезвычайно наблюдательный Froriep не любил писать, но поощрал к этому других и когда в качестве помощника у него появился молодой и энергичный Вирхов, он тотчас же предложил ему заняться изучением модного в то время вопроса о флебитах, что Вирхов блестяще и выполнил. Изучая во время этой работы причину легочных инфарктов, Вирхов сразу заметил, что тромбы, как причина инфарктов, встречаются очень редко и гораздо чаще закупорка сосудов происходит пробками, принесенными из других мест, чаще всего из правого сердца или периферических вен, т. е. эмболами. Повседневные наблюдения подтверждали эту мысль, но пытливый ум Вирхова недовольствовалси этим. Он захотел овладеть этим эмболом, распоряжаться им по своему усмотрению. Для этого нужен был эксперимент на животных. Отсутствие места и каких-либо приспособлений не позволяли поставить опыты в Charité и заставили Вирхова обратиться к профессору ветеринарной школы Gurlt'у, у которого только и можно было найти

маломальски подходящую обстановку. Вводя в v. jugularis собаки инородные тела: кусочки кровяных сгустков, мелко порубленные мышцы, шарики из резины и бузины, Вирхов получал геморрагические инфаркты в легких, дальнейшая судьба которых была однако далеко не одинакова. И в то время как введение каучука давало только чистые геморрагические инфаркты, введение других тел, сопровождалось образованием на месте инфарктоа гнойников с последующим воспалением плевры и даже общим сепсисом. Таким образом этими опытами Вирхов установил не только причину возникновения инфарктов, но поставил в связь различный исход последних от характера закупоривающей сосуд пробки. Эта работа, интересная по достигнутым его результатам, гораздо более важна тем, что в ней Вирхов, почти одновременно с Traube и Mendelsohn'ом ввел в научную медицину эксперимент, который в дальнейшем сыграл такую громадную роль в патологии.

К этому же времени относится и вторая интересная работа Вирхова—о лейкемии. Вскрывая труп одной пятидесятилетней женщины, он нашел кроме резко увеличенной селезенки, гиперплязии желез и геморрагий в кишечнике своеобразное изменение крови—она имела вид гноевидной массы и при микроскопическом исследовании оказалась содержащей огромное количество белых кровяных шариков, далеко выходящее за пределы нормы. Хотя по тогдашним воззрениям такое явление подходило под понятие—пиэмии, Вирхов отнесся к этому иначе и об'яснил его заболеванием кроветворного аппарата, в увеличенном количестве продукцирующего белые кровяные шарики, вследствие чего кровь из красной становилась белой, откуда и название leucaemia. Если к изложенному прибавить, что к этому же времени относятся его исследования над амилоидом, правда не вылившиеся еще в определенную форму, то приходится удивляться, как рискнул молодой 22 летний ученый, идя против установившихся взглядов, выступить со своими новаторскими идеями. Это можно об'яснить смелостью гения, верой в свою правоту и беззаветной преданностью науке.

Работая над целым рядом вопросов—о выпадении матки, пуэрперальном состоянии и др., Вирхов мало по малу отрешился от господствовавших в то время в медицине разнообразных философских идей и систем, которые только затуманивали существо дела, не давая ничего конкретного. Всюду он искал только фактов, всюду он стремился найти материальный субстрат и когда через 5 лет после вступления его на медицинское поприще появилось руководство известного венского патолого-анатома Rokitansk'ого, Вирхов выступил с резкой критикой, проводимого в этом учебнике учения о кразах, испорченных соках и т. д. Эта критика обратила на себя внимание всего ученого мира и сразу выдвинула Вирхова в первые ряды.

Живой ум, общительность и колоссальная энергия не позволили Вирхову замкнуться в узкие рамки кабинетной деятельности и он принимает самое деятельное участие в организации „Общества врачей", а в 1847 году основывает вместе с Reinhardt'ом журнал „Archiv f. patologische Anatomie, Physiologie und klinische Mebicin", о значении и роли которого, мне кажется, распространяться не приходится. Если расшифровать название этого журнала, то тем самым выяснится взгляд Вирхова на ту тесную связь, которая существует между патологической анатомией с одной стороны и физиологией и клинической медициной—с другой.

Но та самая энергия и молодой пыл, которые такими быстрыми шагами двигали Вирхова по научной лестнице, явились в 1848 году и источником крупных огорчений. Дело в том, что в этом году в

Верхней Силезии вспыхнула эпидемия тифа и для исследования природы и причин этой эпидемии был командирован туда в числе других и Вирхов. Осмотревши зараженные места, ознакомившись с бытом и условиями жизни народонаселения, произвевши несколько вскрытий, Вирхов через 2 недели вернулся в Берлин, а еще через неделю прочел в обществе научной медицины доклад, в котором, устанавливая природу заболевания и источник его—голодовку, подвергнул самой суровой критике деспотизм и всю систему управления в Пруссии. В этом докладе. кроме необыкновенной наблюдательности, проявилась вся чистая, честная, правдивая натура Вирхова. Он не мог умолчать о том, что он считал источником зла и голод и тиф об‘яснил крайним упадком экономического и гигиенического состояния населения, хотя великолепно знал, что все это не понравится „верхам" и что за это придется понести более или менее тяжелую кару, которая действительно и не заставила себя долго ждать. Вирхов должен был оставить прозектуру, которую он занимал с 1846 года, сменив своего патрона Froriep‘a. Так печально закончился первый этап Берлинской деятельности Вирхова. Клеймо беспокойного, революционно настроенного человека, казалось, должно было оборвать так блестяще начатую научную карьеру. Но слишком заметна и ярка была фигура Вирхова. Имя его было уже известно далеко за пределами Берлина и уже в следующем 1849 году он был избран ординарным профессором патологической анатомии в Вюрцбург, где и оставался до 1856 года. Переселившись в Вюрцбург, Вирхов остался таким же живым, энергичным и отзывчивым человеком, каким он был и в Берлине.

В самом непродолжительном времени при его непосредственном участии открывается медицинское общество, он принимает на себя редакторство руководства по специальной патологии, а также становится редактором известного ежегодника Jahresbericht üder bie Fortschritte der gesammten Medicin.

Здесь же в Вюрцбурге появляются и первые птенцы славной Вирховской школы: Friedreich, Gegenbauer, Rindfleisch, Em. Hoffmann, Cermak, Kussmaul и др.

Научная работа кипела. Разработке подверглись самые разнообразные вопросы патологии. В это время Вирхов описал особую реакцию на амилоид, изучив возрождение нижней челюсти после фосфорного отравления, опубликовал целый ряд работ: о бугорчатке, о канкроидах, о литопедионе, о трубной беременности, о новообразованиях из поперечнополосатых мышц, о слизистой ткани, о критинизме, о строении соединительной ткани, о женском гермофродитизме, о закупорке пищевода плеснявкой, о многокамерном эхинококке печени, о жировосне и еще длинный ряд других работ, касающихся различных вопросов патологии. Уже из этого сравнительно краткого перечня работ видно, сколь разнообразными вопросами интересовался Вирхов. Такую пестроту тем надо об‘яснить, тем, что патологическая анатомия того времени была наукой молодой, в ней многое было неясно, требовало об‘яснений и Вирхову в каждый вопрос надо было вложить материальное содержание, отрешившись от господствовавших до того времени метафизических взглядов.

К средине пятидесятых годов прошлого столетия патологическая анатомия настолько уже разрослась, что для большинства ученых медиков стала очевидной необходимость выделения ее в самостоятельную кафедру.

Вопрос этот был поднят и в Берлинском университете.

Особенно настаивал на этом известный физиолог Iohann Müller и когда стали искать достойного кандидата, он прямо указал на Virchow'a. К тому времени политическая кон'юнктура уже резко изменилась и изгнанник Virchow мог возвратиться на родину и в 1856 г. он был назначен ординарным профессором патологической анатомии и общей патологии Берлинского Университета.

Здесь для него открывалось широкое поле деятельности. Новопостроенный патолого-анатомический институт с двумя отделениями при нем—экспериментальной физиологии и медицинской химии, как по площади, так и по оборудованию вполне отвечал современному тробованию науки. Гениальность и неутомимая энергия самого Вирхова, уменье его подбирать помощников (Klebs, Recklinghausen, Conheim, Ponfick, Orth, Gravitz, Israel, Iürgens, Hoppe-Seyler, Kühne, Libreich, Salkowsky) гарантировали успех молодому институту, который и ве замедлил сделаться центром, куда стекались врачи со всего мира для изучения патологической анатомии. 45 лет стоял Virchow во главе института. Десятки тысяч врачей имели счастье считать его своим учителем и можно смело сказать, что как у нас в России, так и в Западной Европе до 900-тых годов не было ни одного руководителя кафедрой патологической анатомии, который так или иначе не соприкасался бы с Virchow'ом.

Приехав в Берлин, Virchow сейчас-же занялся созданием музея и в скором времени музей этот (насчитывающий в настоящее время около 3 десятков тысяч об'ектов) приобрел всемирную известность.

Сейчас-же после приезда Virchow издал труд „Технику патолого-анатомических вскрытий“, которым патолого-анатомы всего мира с небольшими вариациями пользуются и до настоящего времени, а в 1858 г. была опубликована его знаменитая „Целлюлярная патология“.

Для того, чтобы понять и оценить ту роль, которую сыграли взгляды Вирхова, изложенные в целлюлярной патологии, нужно вспомнить состояние биологических наук в до Вирховское время.

Основание клеточной теории было положено в тридцатых годах прошлого столетия. Ботаник Schleiden в своей работе 1838 г.. вполне соглашаясь с прежними исследователями о клеточной структуре растительных тканей, следующим образом описывает возникновение новых клеточных элементов. Среди слизеподобной, студенистой массы зародышевой блястемы, конденсирующейся в окружности плотного центрального зерна-ядра, появляется маленький плоский пузырек, который в виде часового стекла покрывает это зерно. Пузырек постепенно увеличивается и превращается в клетку.

В следующем 1839 году Schwann опубликовал работу о сходстве в строении и росте животных и растений. Этими двумя работами было положено прочное основание учению о клетке. В последующие годы работами целого ряда ученых, учение это было углублено, частично видоизменено, а самопроизвольное зарождение новых клеток, в смысле Schleiden'a и Schwann'a было совершенно отвергнуто.

Новые клетки, по мнению большинства исследователей, могли появляться исключительно из прежних путем деления последних и эту мысль Virchow выразил формулой „Omnis cellula e cellula“. Все последующее развитие учения о клетке состоит только в изучении тончайшей структуры и жизненных отправлений клетки. Клетки представляют собою элементарные организмы, хотя иногда и теряющие в многоклеточном организме свою индивидуальность.

Такого взгляда держался Вирхов, приступая к изложению целлюлярной патологии. Суммарная функциональная деятельность клеток, имеющих и соответствующую данному состоянию морфологическую картину и выражает живое состояние многоклеточного организма, как индивидуума. Но клетки под влиянием целого ряда агентов могут, как количественно, так и качественно, изменять свою функцию, а в зависимости от этого должна изменяться и их морфологическая структура. При известной силе и напряжении этого агента как функция, так и морфологическая картина клеток выходит из рамок физиологических норм. Физиология кончается и начинается патология. Вышеприведенное рассуждение по мнению Fischer'a „isf keine Lehre, kein Dogm, kein System, aber einfache logische und absolut zwingende Schlussfolgerung aus der Beobachtung des Lebens selbst".

Целлюлярная патология вылилась у Вирхова в результате не кабинетных рассуждений, а целого ряда наблюдений и фактов, добытых им из его многочисленных работ. Камень за камнем собирал он, чтобы положить прочный фундамент для грандиозного здания, каким является целлюлярная патология. Гуморальной патологии был нанесен решительный удар. Сущность болезней теперь надо было искать ни в соках, ни в нервах, ни в сосудах, ни в пресловутой раздражимости, о которых трактовали различные философские системы, а в изменении жизненных отправлений различных органов и составляющих их клеток. Изучить морфологические картины и физиологические функции заболевших клеток—вот что является главной задачей патологии.

Для этих целей широко поставленному эксперименту должно быть отведено почетное место.

Только за столом экспериментатора, изучая шаг за шагом жизнь выбитой из колеи клетки, наблюдая происходящие в ней изменения, мы можем составить себе представление о сущности болезни. Как видим, Вирхов вовсе не был узким морфологом, как в этом его неоднократно обвиняли.

Появление целлюлярной патологии вызвало огромный интерес. Она дала сильный толчок и все медицинские науки стали развиваться быстрыми шагами.

Но всеобщее признание целлюлярная патология завоевала не сразу. И в то время, да еще и теперь раздаются отдельные голоса против целлюлярной патологии. Здесь не место входить в обсуждение всех возражений, сделанных различными лицами и в различное время против целлюлярной патологии, укажу лишь на то, что современное учение об иммунитете, учение о конституциях, в которых некоторые видели угрозу целлюлярной патологии, в конце концов должны были вернуться к клетке и уже на ней строить свою базу. Современная серология, иногда ложно называемая новой гуморальной патологией, базирующаяся на различных специфических сыворотках, по мнению Fischer'a, исходит из той-же клетки, которая вырабатывает эти продукты в различное время и при различных условиях далеко не одинакового химического состава. Вопрос о том, что болезнь должна быть рассматриваема, как нарушение жизнедеятельности всего организма, как индивидуума, а не отдельных его клеточных элементов точно также не противоречит данным целлюлярной патологии, поскольку клетки находятся друг с другом в тесной, неразрывной связи и все они в большей или меньшей степени отвечают как за самих себя, так и друг за друга.

Таким образом общие положения целлюлярной патологии, несмотря на свою более чем 70-летнюю давность лежат в основе нашего

медицинского мышления и являются символом веры всякого врача. Наука движется вперед, многое из того, что добыл для науки Вирхов, должно уступить место новому, многое будет видоизменено, и теперь уже изменено. Да иначе и быть не может. И если-бы Вирхов явился к нам через 100 лет, он конечно был одним из первых и самых строгих критиков целлюлярной патологии. Но тем не менее последняя останется монументальным произведением не только в истории медицины, но и человеческой культуры вообще.

Через 5 лет после выхода целлюлярной патологии Вирхов выпустил второй свой капитальный труд „Die krankhaften Geschwülste". Не смотря на то, что с того времени появилась масса капитальных работ об опухолях, что взгляды на многие вопросы онкологии резко изменились, труд этот и в настоящее время по количеству казуистического материала, по глубине мыслей и удивительной об'ективности остается основным в учении об опухолях и ни одно сообщение о неоплязмах не обходится без ссылок на него. В этом отношении Вирхов является как бы вторым Гиппократом, изложением взглядов которого начинается почти всякая медицинская монография.

Кроме только что упомянутых капитальных трудов Вирхов одновременно опубликовывает целый ряд интересных работ: о хлорозе, конституциональном сифилисе, о трихимозе и другим вопросам патологии. В его-же институте, под его же непосредственным руководством работает целый ряд его учеников, из которых некоторые сделали мировые открытия, так напр., Conheim открыл эмиграцию белых кровяных шариков, Obermeyer спирахету возвратного тифа и т. д.

Но не одними только вопросами патологии интересовался великий Вирхов. Много внимания он уделял антропологии, этнографии, гигиене и в особенности социальной. Он сделал целый ряд путешествий, побывал в различных странах Европы, принимал участие в раскопках Трои и по антропологии опубликовал целый ряд ценных работ о критинизме и патологических формах черепов. По его настоянию в Германии вводится обязательное исследование свинного мяса на трихины, после чего трихиноз в Германии почти совершенно исчезает. При его непосредственном участии разрабатываются вопросы о канализации и водоснабжении Берлина.

Школьная гигиена, больничное дело, вопросы медицинской статистики также не ускользнули от его внимания. В 1870 г. Вирхов становится во главе организации частной врачебной помощи, разрабатывает историю госпитального строя и одновременно издает целый ряд популярных брошюр для народа по различным вопросам естествознания.

Вот насколько разнообразна была работа Вирхова. Если теперь оглянуться назад и бегло просмотреть все жизненные этапы Вирхова, то в них резко выделится три периода. Молодые годы Вирхов, главным образом, посвящает вопросам патологии, в среднем возрасте он по преимуществу занимается вопросами народного здравия и к старости он уделяет свое внимание антропологии и этнографии. И во все периоды своей жизни и во всякое дело он вкладывает всю душу, ко всем вопросам он подходит с своим острым критическим анализом и об'ективностью. Проф. Сикорский в своей речи указывал, что Вирхов „в своем лице соединил самые симпатичные стороны ученой профессии: простому, убежденность, искренность, независимость духа и ту идеальную об'ективность, какая является плодом долгого, терпеливого, непрестанного искания истины. Заканчивая свой краткий очерк, мне-бы хотелось указать еще на одну черту характера Вирхова, именно на его необыкновенную чуткость и отзывчивость. Известный пси-

хиатр проф. Сикорский следующими словами характеризует его: „Это не тот ученый, который замкнут в своем кабинете и умер или охладел для внешней, окружающей жизни. Нет! и нет! Живя в продолжение 60 лет в царстве смерти, в атмосфере трупов, проведя $^{3}/_{4}$ своей жизни среди так называемых интересных препаратов, т. е. среди самых страшных трофеев смерти, Вирхов сохранил полную, бьющую ключем жизнь, полную отзывчивость к горю, к страданию людей и всегдашнюю готовность стремиться туда, куда влечет человека высокий долг“.

Как член Муниципалитета и палаты Депутатов он принимал самое деятельное участие во всех организациях, имевших задачей улучшить, поднять и облегчить существование бедных, угнетенных, забитых людей. Эта маленькая скромная фигура в длинном черном сюртуке с цветным носовым платком, прикрепленным в петлицу, удивительно умела привлечь к себе внимание слушателей, а простая без всякого пафоса речь глубоко проникала в души и заставляла невольно итти за ним. И причиной этого была та любовь к страждущему человечеству, которая чувствовалась в каждом слове, в каждом движении и поступке этого гениального человека. В течение целого ряда лет Вирхов был председателем бюджетной комиссии Парламента и положил много труда для упорядочения бюджетного права. В 1865 г., когда знаменитый Бисмарк неодобрительно отозвался о докладе бюджетной комиссии, Вирхов со свойственной ему прямотой ответил, что канцлер, повидимому, или недостаточно знаком с содержанием доклада или же умышленно его извращает. В результате последовал вызов на дуэль, которая не состоялась только благодаря вмешательству ландтага и друзей Вирхова. Таким образом, и на политическом поприще Вирхов всегда оставался стойким борцом, строгим критиком, человеком, вкладывавшим во всякое дело не только свой гениальный ум, но и душу и сердце.

В 1892 г. 23 августа в 2 час. по полудни в возрасте 82 лет Вирхов скончался. Похороны Вирхова были обставлены с королевской пышностью и, хотя в траурном кортеже не участвовало ни одной королевской кареты, но чувствовалось, что колоссальная толпа собралась отдать последний долг королю в области мысли и духа. С душевной болью расстались мы с его маленьким, тщедушным телом. Но плоды его гениального ума, в виде огромного количества научных трудов, остались и как раньше связывали, так и теперь связывают нас с ним неразрывными узами. Эти труды являются тем грандиозным памятником, который Вирхов построил себе еще при жизни и к которому, по словам поэта, никогда не зарастет народная тропа и, к подножью которого мы сегодня кладем наш скромный венок.

Вынікі падворнага дасьледаваньня вальлёвае хваробы ў гор. Менску.

Камісія па вальлёвай хваробе пры Мэдсэкцыі Інбелкульта.
Старшыня—праф. Рубашоў С. М.

Студ.-мэд. **Аляксандровіч Л. П. і Бірыла Я. А.**

Перш на перш некалькі застановімся на аглядзе ўсіх папярэдніх прац па вальлёвай хваробе ў Беларусі, якія былі зроблены на працягу 2-х гадоў.

Праф. С. М. Рубашоў на матэр'яле сваёй клінікі зьвярнуў увагу на частату вальлёвых хворых. Па яго прапанове д-рам Лапідусам быў зроблен агляд 800 дзяцей-школьнікаў; вальлёвых было знойдзена 162 чал., што складае 20%.

Гэты лік паказаў, што вальлё сярод школьнікаў сустракаецца параўнальна ў вялікім ліку, і апрача таго было выяўлена, што насіцелі вальлёвае хваробы прадстаўлялі некаторае ўхіленьне ад нормы як у разумовых, так і ў фізычных адносінах.

Гэта папярэдняя праца патрабавала больш дэтальнага і сыстэматычнага дасьледаваньня, і ў канцы 1925 году доктар Драгун і студэнты Казлоўскі і Бірыла прадпрынялі сыстэматычнае дасьледаваньне школьнікаў гор. Менску.

Было агледжана 4007 чал., хворых аказалася 372 чал., што складае 9,2%. 60 хворых былі падрабязна дасьледаваны ў хірургічнай клініцы.

Вынікі гэтага дасьледаваньня былі паведамлены ў Мэдсэкцыю Інбелкульта, а таксама надрукаваны ў часопісі „Беларуская Мэдычная Думка“.

Адначасова з гэтымі дасьледаваньнямі доктар Пратусэвіч, зьяўляючыся школьна-санітарным урачом, зрабіла таксама сыстэматычнае дасьледаваньне сваіх школьнікаў.

Пад яе наглядам знаходзілася 3325 дзяцей, з іх хворых было 476 чал., ці 14%.

Гэткім чынам увесь гэты матэр'ял паказаў на значную забаляваемасьць дзяцей, але сказаць аб эндэміі вальлёвай хваробы ў Менску і Беларусі паводле гэтых даных была-бы некалькі прадчасна, бо дзеля гэтага патрэбна пагалоўнае дасьледаваньне ўсіх групп насельніцтва.

Гэты матэр'ял паказываў на вызначаныя асяродкі хваробы.

Да гэтых асяродкаў можна было аднесьці Камароўку і Татарскі район, каштоўныя зьвесткі аб Татарскім районе былі атрыманы ад клінікі па нэрвовым хваробам, дзе пад наглядам праф. Кроля знаходзілася некалькі хворых на вальлё.

Гэтыя хворыя былі знойдзены і дасьледаваны студ. Грынглязам.

Вясной мінулага году студэнт Бірыла па пранове праф. С. М. Рубашова дасьледаваў дзьве вуліцы: Пугачоўскую і Камароўскую; усяго было агледжана 162 чал., вальлёвых было знойдзена 19 чал., ці 11,7%, што і пацьвярдзіла мяркаваньне аб паражонасьці гэтага раёну.

У канцы мінулага году камісіяй па вальлёвай хваробе пры Мэдсэкцыі Інбелкультту было даручана нам падворнае дасьледаваньне жыхароў гор. Менску.

Дзеля таго каб нашы вынікі насілі строга аб'ектыўны характар, мы адносна разьмераў шчыткозалозы прытрымліваліся з некаторымі зьменамі схэмы Швэйцарскай камісіі.

Пры дасьледаваньні усе шчытковыя залозы дзялілі на 4 групы:

К групе I—адносілі такія зьмены, калі на шыі, ніжэй cartilago cricoidea, маецца падушэчка, а ў прасторы між ей і musculus sternocleidomastoideus таксама разьмешчана абразаваньне. Гэта група намі ня прымалася пад увагу і не рэгістрыравалась.

К групе I-II—адносілі тыя выпадкі, калі шчытковая залоза лёгка абмацавалася, калі можна было абмацаць як верхнія, так і ніжнія полюсы залозы і калі абрыс шыі значна зьменен.

К групе II—адносілі ўмеранае вальлё: часткі дасягаюць раз. 3×4 сан.

К групе II-III—больш значнае вальлё: часткі дасягаюць раз. 5×6 сан.

К групе III—часткі дасягаюць раз. 8×9 сан.

К групе III-IV—вялізнае вальлё.

К групе IV—надта вялізнае вальлё.

Намі таксама азначалася якім чынам павялічана залоза: гэта значыць уся, ці толькі асобныя часткі, ці маюцца ўзлы, якая кансістэнцыя і гэтак далей.

Апытвалі ці маюцца хворыя ў бліжэйшых і далейшых сваякоў, пачатак хворасьці, з якога часу жыве ў данай мясцовасьці, а таксама па магчымасьці адзначалі ўсялякія зьмены з боку арганізма.

Наша дасьледаваньне амаль цалкам захапіла адзін з акраінных райёнаў 4 часьці гор. Менску, які разьмешчаны ў паўднёвай яго частцы, на правым беразе ракі Сьвіслач, часткова былі захоплены і другія райёны.

Перш чым прыступаць к характэрыстыцы асобных вуліц некалькі застановімся на агульных выніках нашага дасьледаваньня.

З табліцы № 1 можна бачыць, што агульны лік дасьледаваных 3312 чал., з іх хворых 185 чал., што складае 5,5%.

Табліца № 1.

Агульны лік дасьледаваных	Агульны лік хворых	%
3312	185	5,5

	Мужчынскі род											
	Узрост											
Лік дасьлед.	0-1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60 і бол.	Усяго
Лік дасьлед. . . .	68	192	157	144	151	103	95	111	87	73	96	1277
Лік хворых. . . .	—	1	1	4	3	—	—	1	—	2	—	12
%	0	0,5	0,6	2,7	1,9	0	0	0.9	0	2.7	—	0,9

	Жаночы род											
	Узрост											
Лік дасьлед.	0-1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60 і бол.	Усяго
Лік дасьлед. . .	68	212	186	183	234	226	200	246	183	140	157	2035
Лік хворых . . .	—	—	2	12	32	17	22	33	22	17	10	173
%	0	0	1	6,5	13,6	7,5	11	13	12	12,1	10,1	8,4

Гэты процант зьяўляецца досыць значным, але было-б абсалютна няправільна, каб на аснове гэтага ліку мы вызначылі, што процант хворых па гор. Менску складае 5,5.

Гэты лік намі атрыман у тым районе, дзе мы напэўна ведалі, што ёсьце вальлё, апроч таго ў гэты лік дасьледаваных у значнай частцы ўвайшлі татары, якія далі вялікі процант хворых, што можна будзе бачыць у дальнейшай частцы дакладу.

З агульнага ліку дасьледаваных на долю мужчын прыходзіцца 1277 чал., вальлёвых 12 чал. ці 0,9%, на долю жанчын 2035 чал., хворых 173 чал. ці 8,4%, такім чынам процант жанчын больш процанта мужчын у 9 з лішнім раз.

На табліцы № 1 таксама можна бачыць крывую, якая дае магчымасьць прасачыць залежнасьць забалеваньня ад узросту.

Найбольш характэрнаю прэдстаўляецца крывая жаночага роду, аналізам якой мы і займаемся, сапастаўляючы яе адначасова з крывой мужчынскага роду.

У групе да 1 году агледжана 68 хлопчыкаў і 68 дзяўчынак.

Хворых на вальлё ня знойдзена, такім чынам выпадкаў прыраджонага вальля ў нас няма, таксама няма і пачатку яго ў грудным узросьце.

Наступная група ад 1 да 4 лет хлопчыкаў агледжана 192 чал., дзяўчат 212. У гэтай групе знойдзен адзін хворы хлопчык Л. Адам, татарын, 4 гадоў.

Вальлё ў яго II-III ступені, пачалося год таму назад, адначасова з гэткім самым яўленьнем і ў 8 летняй сястры. У іх маткі таксама ёсьць вальлё.

У гэтым выпадку мы маем бязумоўна насьледнасьць, праявіўшуюся ў раньнім дзяцінстве.

Наступная група ад 5 да 9 гадоў дае ўздым крывой: у хлопчыкаў 0,6%, у дзяўчат 1%. Хлопчыкаў агледжана 157, дзяўчат 186. Усяго ў гэтай групе знойдзена 3-е хворых, прычым таксама, як і ў папярэдняй групе можна адзначыць насьледнасьць з боку маткі, а таксама і тыя ўмовы, якія вызвалі вальлё у матак: жыцьцё ў адным і тым жа месцы, адна і тая жа вада, аднолькавыя варункі пажывы.

Група ад 10 да 14 гадоў характарэзуецца моцным уздымам крывой: у хлопчыкаў 2,7%, у дзяўчат 6,5%.

Тут ужо з відавочнасьцю выступае на сцэну фактар плоцьнай дасьпеласьці, які ў групе ад 15 да 19 гадоў, даюшчай у дзяўчат 13,6% і ў хлапцоў 2,7% хворых, пацьвяржае палажэньне, што ў гэтым узросьце наблюдаецца тая нясталасьць арганізма, у сэнсе карэляцыі эндакрынай сістэмы, калі фізіолёгічнае павялічэньне шчытковай залозы пераходзіць у паталёгічнае, пры наяўнасьці этіолёгічнай прычыны, якая вызывае эту хваробу.

Дзьве наступныя групы мужчынскага роду ад 20 да 24 гадоў і ад 25 да 29 гадоў даюць зьніжэньне крывой да 0%, і толькі ў групе ад 30 да 39 гадоў мы знаходзім аднаго хворага, і у групе ад 50 да 59 гадоў 2-х хворых, пры чым усе гэтыя хворыя заявілі, што вальлём яны захварэлі калі ім было прыблізна 15-18 гадоў, а адзін з іх быў з гэтай прычыны вызвалян ад ваенай службы.

Тоя што ў мужчын мы не знайшлі ніводнага хворага, у якога вальлё пачалося бы пасьля 20-ці гадоў, нельга аб'ясьніць выпадковай з'явай.

Мужчынскі арганізм, дасягнуўшы плоцьнай дасьпеласьці, знаходзіцца ў некатарай устойлівасьці з боку сваей гарманальнай сістэмы, а патаму хворых на вальлё мы не знаходзім.

Зусім другі малюнак дае крывая жаночага роду.

Група ад 20 да 24 гадоў дае паніжэньне да 7%, але потым пачынаецца ізноў уздым крывой, і ў групе ад 30 да 39 гадоў мы маем 13%.

Такім чынам узрост, зьвязаный у жанчын з большым ці меншым лікам праробленых родаў, дае той самы процант, які мы маем у пэрыядзе плоцьнай дасьпеласьці.

Хворыя жанчыны амаль усе адзначалі, што вальлё у іх пачалося ў пэрыядзе першай цяжарнасьці, павялічываясь з наступнымі цяжарнасьцямі, а калі вальлё пачалося яшчэ да замужжа, то пасьля яно яшчэ больш павялічывалася.

У наступных групах мы бачым ужо невялікае паніжэньне крывой: у групах ад 40 да 49 і ад 50 да 59 гадоў да 12%, і у групе ад 60 гадоў да 10,1%.

Тут мы бачым, што вальлё ўжо прымае стойкі хранічны характар і адваротнага разьвіцьця мы не наглядаем, хоць і было некалькі выпадкаў, што ў некаторых жанчын, па іх заяве, было вялікае вальлё, а затым яно прайшло само сабой бяз мэдычнай дапамогі.

Такіх выпадкаў у нас было 3 і вялікага значэньня яны не маюць.

Такім чынам мы бачым якое вялізнае значэньне маюць пэрыяд плоцьнай дасьпеласьці і пэрыяд цяжарнасьці ў жанчын дзеля разьвіцьця ў іх вальля.

Напэўна гэтыя моманты не зьяўляюцца прычынай вальля, але яны зьяўляюцца найбольш прадраспалагаюшчымі момантамі дзеля яго ўзьніканьня.

Зьвярнемся цяпер да разбору нашага матар'ялу па нацыянальнасьці, які прадстаўлен на табліцы № 2.

Табліца № 2.

	Беларусы			Яўрэі			Татары			Прочыя		
	Муж. р.	Жан.	Усяго	Муж. р.	Жан.	Усяго	Муж. р	Жан.	Усяго	Муж. р	Жан.	Усяго
Лік дасьлед. .	472	697	1169	586	1007	1593	208	315	523	11	16	—
Лік хворых . .	2	65	67	1	48	49	9	60	69	—	—	—
% %	0.4	9,3	5.7	0,18	4.7	3	4.3	19	13	—	—	—

На гэтай табліцы можна бачыць, што беларусаў агледжана 1169 чал., хворых знойдзена 67 чал. ці 5,7%, яўрэяў агледжана 1539 чал., знойдзена хворых 49 чал., што складае 3%.

Процант беларусоў больш проданта яўрэяў амаль што ў 2 разы.

Рабіць якія небудзь вывады на падставе гэтых даных аб большай ці меньшай паражоннасьці гэтых двух нацыянальнасьцяй, немагчыма з прычыны таго, што большасьць беларусоў прыходзіцца на тыя вуліцы, на якіх больш усяго знойдзена хворых, а большасьць яўрэяў знаходзіцца на тых вуліцах, якія страдаюць вальлём менш, і на гэтых вуліцах можна адзначыць аднальковы процант хворых як яўрэяў, так і беларусаў.

Найбольш цікавы тыя даныя, якія атрыманы адносна татар. Усяго татар у гор. Менску па перапісі 1923 году лічыцца 1045 чал.

Прымая пад увагу, што палова татарскага насельніцтва — 523 чал. намі дасьледавана, мы можам рабіць агульныя вынікі адносна вальля сярод усяго татарскага насельніцтва гор. Менску.

Дзеля большага ўясьненьня пытаньня мы прывядзем кароткія гістарычныя даныя аб паяўленьні татар у Беларусі.

Гэтыя даныя былі любезна нам прадстаўлены жыхаром г. Менску тав. Гембіцкім. Яны будуць надрукаваны ў асобай яго працы „Аль—Кітаб", як помнік сьветапогляду татар у Беларусі ў 16-18 вяках.

Татары зьявіліся на абшарах Літвы як ваенна-палонныя ў 14 сталецьці і адначасова з гэтым Літоўскія, а затым і Беларуска-Літоўскія князьзя, пачынаючы з князя Гэдыміна шукалі ў асобе ханаў Кіпчакскай арды і Перакопскага царства саюзьнікаў дзеля барацьбы з Нямецкім ордзенам, які адрэзаў дзяржаву ад Балтыцкага мора і перашкаджаў гандлёвым зносінам з Заходня-Эўрапейскімі дзяржавамі.

У 1319 годзе, у часе вайны Гэдыміна з Нямецкім ордзенам, яго папярэдняя конная войска складалася з татар.

Росквіт асадніцтва татар у Беларуска-Літоўскай Дзяржаве патрэбна аднесьці да часу праўленьня князя Вітаўта (1392-1430). Князь Вітаўт, жадаючы выкарыстаць татар, як ваенную сілу, надяляў татар зямлей, аслабаніў іх ад усіх падаткаў, дазволіў жаніцца на хрысціянках, прадаставіў поўную свабоду вызнаньня.

Патрэбна адзначыць, што сярод асаднікаў татар былі таксама і жанчыны татаркі, але ў шлюб з мясцовым насельніцтвам яны ня ўступалі, бо іслам забараняе гэта, у той час калі мужчынам не забараняецца жаніцца на іпаверцах.

Што датычыцца да пасяленьня татар у гор. Менску, то дакладных зьвестак аб гэтым немаецца.

Мешчане гор. Менску першы раз упамінаюцца у дакумантах азначаных 1582 год. (Акты Вілен. Архэол. каміс. кн. XXVI стр. 58) а у дакумантах самых апошніх гадоў 16 сталецьця татары упамінаюцца вельмі часта.

Такім чынам факт асадніцтва татар у гор. Менску быў не пазьней апошніх гадоў 16 стал.

Татары, пасяленные у Мінскім ваеводстве, вынікаюць з Мангола-Тюркскіх плямен, тады калі татары гор. Менску адносяцца да манго-ла-тюрко-фінскім пляменам.

Першыя жылі у заволжскіх стэпях, а другія ў Паўднева-Рускіх.

У цяперашнім часе татары акраме гор. Менску жывуць яшчэ ў наступных гарадох і мястэчках: Слуцк, Чэрвень, Бярэзіна, Узда, Койданаў, Капыль, Дукора, Старобін, Сьмілавічы.

Па статыстычным даным 1849 году ў Паўночна-Заходнім краі было 13976 чал., з іх у Менскай губ. 4773 чал., а ў г. Менску 500 ч.

Па перапісі 1923 году татар у гор. Менску лічыцца 1045 чал.

Татары гор. Менску займаюцца галоўным чынам земляробствам, у наступным часе ўсе яны агароднікі, меньшую частку складаюць кустары, рабочыя і службоўцы.

Прозьвішча татар у большай часты канчаюцца на скі, дзеля таго, што яны, уступая ў шлюб з хрысцьянкамі, павінны былі прымаць прозьвішча апошніх, але сустракаюцца і чыста татарскія прозьвішча.

Дзякуючы прочным сямейным устоям і рэлігійнасьці татар, выпадкаў выхада замуж жанчын татарак за іпаверцаў ня было.

Такім чынам можна лічыць, што першае пакаленьне татар у Беларусі праізашло ад мяшанага шлюбу, пры гэтым частка гэтага насельніцтва было чыста татарскім, бо былі і жанчыны татаркі.

Цяпер перэйдзем да даных нашага дасьледаваньня.

Як ужо было упамянута, усяго татар дасьледавана 523 чалавекі, мужчын 208, жанчын 315, хворых знойдзена: мужчын 9, жанчын 60.

Агульны процант 13, у жанчын 19%, у мужчын 4,3%.

Прымая пад увагу, што другія нацыянальнасьці беларусы і яўрэі, пражываючыя у тым жа самым райёне і знаходзяшчыяся у тых жа самых варунках адносна вады, клімату, глебы і г. д. даюць у тры разы меньш хворых, трэба дапусьціць, што татары маюць нейкаю нахільнасьць да гэтай хваробы.

Па групам усе хворыя разьмярковываюцца гэтакім чынам:

група	I—II	83 чал.
"	II	42 "
"	II—III	37 "
"	III	18 "
"	III—IV	1 "
"	IV	4 "

У 82 выпадках намі адзначана насьледнасьць, што складае 44%, пры чым гэта насьледнасьць перадавалась галоўным чынам ад маткі дачкам, і ў дванадцаці выпадках знойдзена, што яна перадавалась і сынаўям.

Большая палова ўсіх хворых скардзілася на галаўныя болі, галавакружэньне, паценьне, дрыжлівасьць, сэрцабіеньне.

Пры дасьледаваньні пульса можна было ў некаторых выпадках адзначыць тахікардію, таксама можна было адзначыць трэмар.

Exophthalmus наглядаўся толькі у двух выпадках, двое хворых скардзіліся на труднасьць дыханьня і глытаньня.

Можна было адзначыць, што пры рэзка павялічанай шчытковай залозе іншыя хворыя не скардзіліся ні на якія яўленьня, у той час, калі пры значна меньшай форме гэтыя яўленьня вызначаліся.

Што датычыцца да павялічэньня асобных частак шчытковай залозы, то можна адзначыць, што діффузнае, раўнамернае павялічэньне усей залозы сустракаецца найчасьцей, а пры нераўнамерных павялічэньнях шчытковай залозы правая доля найчасьцей больш левай.

Вальлё амаль што чуць ня ўсіх па кансістэнцыі плотнае, парэнхіматознае, а ў іншых выпадках у масе парэнхіматознага вальля адзначаліс кіставідныя вузлы вялічіною ад галубінага да курынага яйца.

Цяпер пярэйдзем да асобных вуліц.

Усяго дасьледавана 19 вуліц і адно урочышча Бас'ялаўка.

Мы застановімся некалькі падрабязна толькі на тых вуліцах, якія даюць найбольшы процант хворых.

Па Мала-Татарскай вуліцы дасьледавана 294 чал., хворых знойдзена 20 чал.

Гэта вуліца праходзіць параллельна раке Сьвіслач, якая прыблізна на адлегласьці ў адну вярсту уступае ў чарту г. Менску.

Усе насельніцтва гэтай вуліцы карыстаецца выключна рачной вадой, бо на гэтай вуліцы няма ніводнай студні.

Вада гэта зімой прадстаўляе яшчэ нейкаю магчымасьць дзеля піцьця, але летам, па заяве жыхароў, яна брудная ад тых адбросаў і нячыстот, якія пападаюць у яе ад вышэй пражываюшчых жыхароў.

Ваду амаль што ня ўсе пьюць сырую, аб'ясьняя гэта тым, што няма часу дзеля яе гатаваньня.

Насельніцтва гэтай вуліцы большай часткай складаецца з татар, жывуць даволі бедна, кватэры цесныя сырыя і халодныя.

З найбольш цікавых хворых гэтай вуліцы можна адзначыць сямью Ш., жывушчых у дом № 35, дзе вальлём страдаюць: хлопчык 13 г., яго матка і дзядзька, вальлё таксама было і ў бабкі.

Працягам М.-Татарскай вуліцы зьяўляецца Людамантская.

У той час, калі М.-Татарская вуліца прадстаўляе сабой нізьменнасьць, якая нязначна прыпадымаецца над роўнем ракі, Людамантская вуліца ляжыць ужо на узвышэньні, якое прыпадымаецца над роўнем ракі прыблізна на 5-6 саж.

У канцы Людамантскай вуліцы, між ей і ракой, ляжыць у падножжы гэтага узвышша урочышча Бас'ялаўка.

Насельніцтва гэтай вуліцы і урочышча таксама карыстаецца рачной вадой, якая тут крыху лепш дзеля піцьця, бо рэчка тут толькі пачынае уступаць у чарту горада.

Нязначны процант карыстаецца гатаванай вадой, астатнія п'юць сырую.

Насельніцтва гэтай вуліцы і урочышча мяшанае: беларусы, яўрэі і татары.

Усяго дасьледавана 433 чал., хворых знойдзена 35 чал. Вялікую цікавасьць прадстаўляе сямья Б. беларусы, дзе вальлём страдаюць: матка 58 г., дзьве яе дачкі, унук і ўнучка, вальлё было таксама і ў яе маткі, такім чынам вальлё ужо сказываецца на трэцьцім пакаленьні.

Па Замечэтнаму завулку, які пачынаецца ад М.-Татарскай вуліцы і ідзе некалькі ў бок, разьмяшчаючыся паміж двух невялікіх узвышш, дасьледавана 140 чал., хворых знойдзена 16 чал. Гэты завулак карыстаецца вадой з наступных месц: частка жыхароў бярэ ваду з рэчкі, а большая частка карыстаецца вадой са студні Гэмбіцкага ў д. № 6.

На долю гэтай студні прыходзіцца дзьве сям'і паражонныя вальлём: у першай сама сям'я Гэмбіцкага, дзе страдаюць вальлём яго дачка і сястра, затым дзьве сястры з дому № 9, пры чым у аднэй была апэрацыя вальля і у ей, па яе славам, было удалено $1^1/_2$ ф. опухолі.

На гэтым жа завулку пражывае сям'я Л., дзе вальлё у маткі, дачкі і сына, ваду яны бяруць са студні Ждановіча.

Працягам Замечэтнага завулка зьяўляецца Заслаўская вуліца, ровень якой аднолькавы з роўнем Замечэтнага завулка.

Усяго на гэтай вуліцы дасьледавана 160 чал. хворых знойдзена 17 чал.

Усе жыхары гэтай вуліцы карыстаюцца вадой з двух студней: пры чым адна знаходзіцца у пачатку вуліцы, другая ў канцы.

Усяго на гэтай вуліцы дасьледавана 160 чал., хворых знойдзена 17 чал., з іх 13 прыходзіцца на першую вуліцу.

З найбольш характэрных хворых гэтай вуліцы трэба адзначыць наступныя сем'і: сем'я Л. вальлё у маткі і сына, сем'я М. у маткі і дачкі, сем'я Р. у брата і сястры, сем'я Р. у брата і сястры.

Вось галоўныя асяродкі вальля, выяўленыя намі пры дасьледваньні.

З другіх вуліц гэтага райёна, маючых меньшае значэньне у сэнсе паражоннасьці вальлем, але усё-ж даючых значны процант, трэба адзначыць вуліцы, якія ідуць роўналежна Заслаўскай: Нова-Замкавая вуліца, на якой агледжана 259 чал., хворых знойдзена 7 чал, Іваноўская вул., агледжана 199 чал.—хворых 11 і Нова-Красная вул., агледжана 337 чал., хворых знойдзена 19 чал.

Каб пакончыць з гэтым вучасткам, патрэбна яшчэ адзначыць наступныя вуліцы і завулкі: 4 Заслаўскі завулак—агледжана 71 чал.—хворых 2 чал., Пятроўская вуліца—агледжана 130 чал., хворых ня знойдзена, Нова-Татарскі завулак—агледжана 24 чал.—хворых ня зной-

дзена, Ново-Сярпухоўская вуліца—агледжана 75 чал.—хворых 6 чал. і Нова-Замкавы завул.—агледжана 56 чал.—хворых 1 чал.

На Пятроўскай вуліцы, дзе большая частка жыхароў карыстаецца вадой з Заслаўскай вуліцы, якая дае 10.6% хворых, на 130 чал. мы не найшлі ніводнага хворага.

На астальных толькі што пералічаных вуліцах сямейнага паражэньня мы не знайшлі, але усё-ж і тут сустракаюцца выпадкі значнага вальля, якоя пачалося не так даўно і дасягае у іншых III ступені.

Бальшая Татарская вуліца пачынаецца ад Мала-Татарскай і ідзе некалькі ў бок ад толькі што апісанага райёну.

Жыхары гэтай вуліцы карыстаюцца вадой са трох студняў; частка карыстаецца вадой гарадскога вадаснабжэньня.

Усяго на гэтай вуліцы дасьледавана 403 чал., хворых знойдзена 17 чал., з іх дзьве сям'і, паражонныя вальлём.

Дзеля параўнаньня была дасьледавана вуліца Старая-Слабодка, якая знаходзіцца ўжо на левым беразе ракі Сьвіслач.

Частка насельніцтва карыстаецца рачной вадой, частка бярэ ваду з другой вуліцы.

Усяго агледжана 233 чал., хворых знойдзена 8 чал., пры чым большая частка гэтых хворых—5 чал. пасялілася на гэтай вуліцы ужо маючы вальлё.

Дзеля гэтай жа мэты былі дасьледаваны вуліцы Екацярынінская і Нямігская, жыхары каторых карыстаюцца вадой гарадскога вадаснабжэньня.

Усяго агледжана 231 чал., хворых знайдзены 6 чал.

Наканец апошняя вуліца—гэта Пуліхоўская, яна пачынаецца ад гарадскога саду і ідзе па леваму берагу ракі Сьвіслач.

Усё насельніцтва гэтай вуліцы карыстаецца вадой са студняў, пры чым на 3—4 хаты прыходзіцца адна студня; глыбіна студняў ня больш $1^1/_2$ саж. Усяго агледжана 233 чал., хворых знойдзена 17 чал.

У наступным часе водная тэорыя ў праісхажденьні вальля мае больш усяго прыхільнікаў, і вось дзеля высьненьня, якія ваданосныя пласты маюцца ў гор. Менску, а таксама дзеля высьненьня яго геолёгічнага страеньня, бо якасьць вады мае цесныя адносіны да геолёгічнага страеньня, мы зьвярнуліся к праф. Блюдухо за гэтымі данымі, якія былі нам прадстаўлены.

Па данным геолёгічнага дасьледаваньня гор. Менск пакрыт ледніковымі адкладам, якія дасягаюць моцнага пласта да 59 саж., па берагам і ў даліне ракі Сьвіслач мы маем аллювіальныя адклады—вынікі працэсаў размываньня і пераатлажэньня ляднiковых адкладаў.

Гарадское вадаснабжэньне да 1914 году праізвадзілася з 3-х бруклінскіх студняў у райёне гар. вадапр.-эляктр. станцыі, глыбіна гэтых студняў ад 10,2 да 11,2 саж.

Ваданосны пласт гэтых студняў знаходзіцца ў ляднiковых адкладах, у пласьце валунна-крупна-зярністага, пяску і гравія, гэты пласт зьяўляецца першым ваданосным пластом ляднiковых адкладаў.

У 1914 гаду дзеля пашырэньня вадаснабжэньня гор. Менску была зроблена буравая скважына глыбінёй 131,7 саж., у 1926 г. была зроблена другая буравая скважына, той жа самай глыбіні, а адна з бруклінскіх студняў была паглыблена на 10 саж.

Ваданосны пласт буравых скважын ляжыць у так называемых дэвонскіх адкладах, гэты ваданосны пласт выходзіць з абшараў Беларусі, пачынаясь у Наўгародскай і Цьвярской губэрніях з ухілам на поўдзень-Захад.

Буравыя скважыны прайшлі праз наступныя пласты—адклады:

1) аллювіальны, які складаецца з мелка-зярністага, слаба гліністага пяску рознай крупнасьці зярна, з астаткамі расьлін, таўшчыня гэтага пласта 1,43 саж.;

2) лядніковыя адклады, якія складаюцца з чарадуюшчыхся пластоў пяску рознай крупнасьці зярна і розных суглінкаў, таўшчыня— 58,71 саж.;

3) ніжне-трэцічныя адклады, харкаўскі ярус, які складаецца з розных сартоў кварцавага пяску, з большым ці меньшым садзержаньнем бурага вугля, таўшчыня—8 саж.;

4) дэвонскія адклады, у тоўшчы якіх, у іх пясчанікавай масе і заканчываюцца буравыя скважыны.

Буравыя скважыны ў дэвонскіх адкладах праходзяць 63,56 саж.

Па думцы праф. Блюдухо тут знаходзяцца наступныя ваданосныя пласты: першы ваданосны пласт знаходзіцца ў аллювіальных адкладах—гэта значыць у абшарах даліны ракі Сьвіслач, куды адносіцца і сама рака, глыбіня гэтага пласта ня больш 2-х саж.; другі ваданосны пласт зьяўляецца першым ваданосным пластом лядніковых адкладаў, ён залягае на глыбіні ад 6 да 18 саж; трэці ваданосны пласт залягае на глыбіні ад 20 да 30 саж., і апошні пласт—гэта пласт буравых скважын.

Такім чынам усё дасьледаваная насельніцтва па вадаснабжэньню можна разьдзяліць на наступныя групы

Першая група карыстаецца вадой аллювіальнага пласта, да якога цалкам можна аднесьці Мала-Татарскую вуліцу, даюшчую 6,8% хворых, Людамонтскую вуліцу і вурочышча Басіялаўку, даюшчых 6,9%, часткова можна сюды аднесьці і вуліцу Старую Слабодку, даюшчую малы процант хворых.

Гэтыя вуліцы карыстаюцца рачной вадой.

Вуліцу Пуліхава таксама трэба аднесьці у гэту групу, бо студні гэтай вуліцы маюць глыбіню ў 1½ саж. і знаходзяцца ў даліне ракі Сьвіслач. Процант хворых гэтай вуліцы даходзіць да 7.

Большая частка дасьледаваннага насельніцтва астатніх вуліц карыстаецца вадой са студняў глыбінёю ад 10 да 18 саж., значыцца усе гэтыя студні можна аднесьці да другога ваданоснага пласта, які зьяўляецца ў той жа час першым ваданосным пластом лядніковых адкладаў.

З гэтых студняў неабходна адмецiць наступныя, на якія больш усяго прыходзіцца хворых.

Студня Гэмбіцкага па Замечэтнаму завулку дае 16% хворых, студня Ждановіча па II Людамантскаму завулку дае 13%, студня Кантара па Заслаўскай вуліцы дае 10%, тут жа ёсьць студні, на якія падае толькі адзін процант.

Вуліцы Нямігская і Екацярынінская, даюшчыя 2% хворых, карыстаюцца вадой гарадскога вадаснабжэньня, якая палучаецца ужо з 3-х ваданосных пластоў, з іх два залягаюць у лядніковых адкладах, трэці ў дэвонскіх.

Вада з усіх гэтых ваданосных слаёў падаецца мяшаная, бо існуе толькі адна вадаправодная сетка.

Выказацца зусім пэўна аб сувязі вальля з той ці іншай крыніцай вадаснабжэньня даволі трудна, але на падставе гэтых даных можна прыйсьці да наступнага заключэньня.

Ваданосны пласт аллювіальных адкладаў, даюшчый каля 7% хворых, зьяўляецца да некаторай ступені прычынай узьнікнавеньня вальля, што-ж датычыцца да большай часткі насельніцтва, карыстаюшчагася вадой першага ваданоснага пласта лядніковых адкладаў, то тут

палучаюцца супярэчныя даныя, калі разьніцца у ліку хворых, аднасящихся к той ці іншай студні бывае ў 15 з лішнім разоў.

Адносна той часткі насельніцтва, якая карыстаецца вадой гарадскога вадаснабжэньня, пакуль што нічога пэўнага сказаць нельга, з прычыны невялікага ліку дасьледаванных жыхароў.

З усіх хворых за мэдычнай дапамогай зьвярталася толькі 5 чал., пры чым лячэньне яны прызнаюць толькі тэрапеўтычнае, но не хірургічнае.

Такія адносіны аб'ясьняюцца тым, што ўсе яны ня лічуць гэтую хваробу сур'ёзнай, бо на іх вачох хворые з вялізным вальлём дажываюць да старасьці (намі зарэгістрыравана 16 выпадкаў вальля у жанчын, якія маюць больш чым 60 гадоў).

Гэта пацьцьвярждаецца і тымі статыстычнымі данымі, якія сабраны ў Цэнтрал. Статыст. Бюро і па якім можна бачыць, што процант зьвяртаюшчыхся за мэдычнай дапамогай у 1925 годзе па поваду вальля па гор. Менску складае 0,17, па Менскай акрузе 0,11, а па другіх гарадох і акругах процант калеблецца ад 0,07 да 0,02.

Такім чынам процант зьвяртаюшчыхся за мэдычнай дапамогай не дае магчымасьці судзіць аб распрастранёнасьці вальля і толькі планамернае і сыстэматычнае дасьледаваньне дасьць магчымасьць устанавіць асяродкі хваробы.

На аснове ўсяго сказанага можна зрабіць наступныя вывады:

1. У некаторых раёнах гор. Менска вальлё эндэмічна:

а) да такіх раёнаў можна аднесьці наступныя вуліцы: Мала-Татарскую, Замечэтны завулак, Заслаўскую вул., Камароўскую і Пугачоўскую.

2. Як высокія, так і нізкія мейсцы гор. Менску падвержаны распаўсюджаньню вальля. Вуліцы Камароўская і Пугачоўская знаходзяцца на ўзвышшы, а другія ў нізіне.

3. Існуе нейкая сувязь між вальлём і крыніцай вадаснабжэньня.

4. Вальлё прадстаўляе параўнальна дабраякасную форму.

5. Вальлё пераважна паражае жанчын у ўзросьце ад 15 да 19 і ад 30 да 39 гадоў.

6. Татарскае насельніцтва, даюшчае 13% хворых, мае якуюсь то расавую прэдраспаложэнносьць.

7. Патрэбна правядзеньне цэлага шэрагу прафілактычных мер.

У заключэньні прыносім шчырую падзяку праф. С. М. Рубашову за рукаводства ў нашай працы.

К вопросу о зобе в Витебском округе.

[Из работ комиссии по изучению зоба (предс.—проф. С. М. Рубашев), при медсекции Инбелкульта (предс.—М. И. Барсуков)].

И. Д. Андреев.

По предложению проф. С. М. Рубашева мною обследована часть Оршанского, а главным образом Витебского округа, принадлежащая в дореволюционное время Сенненскому уезду, Могилевской губернии, теперь же входящая в состав БССР.

Обследованные мною 12 деревень, несмотря на то, что расположены на пространстве около 60 квадратных верст, принадлежат к 6 сельсоветам. Для обследования был принят территориальный, а не административный принцип потому, что нижепоименованные деревни представляют те или иные характерные группировки в отношении физико-географического ландшафта.

Необходимо отметить, что на территории (около 60 кв. верст) помещается 24 деревни, обследована именно та половина, которая наиболее характерна в указанных выше отношениях.

Средина этой местности лежит на 55° северной широты и десятка на два верст к западу от Пулковского меридиана, что можно более или менее точно определить, пользуясь положением станции Замосточье, расположенной на жел.-дор. линии Витебск—Орша, совпадающей с указанным меридианом.

Из 12 деревень только 3 живут цельной деревней, остальные-же— в виде хуторов, так что при начале работы представилось много трудностей. Оповещение населения о дне и часе сбора для медицинского осмотра не приводило почти к цели полностью нигде и с первых же дней пришлось об'езжать на специально нанятой подводе каждый хутор в отдельности и заходить в каждую хату. Там, где население меня не знало, приходилось обход или об'езд делать совместно с членом сельсовета или деревенским исполнителем.

Подвергались осмотру поголовно все, включая и занятых работами и встреченных на улице. И надо сказать, что, несмотря на это, от осмотра ускользнула известная часть, находящаяся в отлучках вне осматриваемого района, но в количество населения вносились только действительно осмотренные, так что осмотр абсолютного количества населения вряд ли изменил бы так или иначе результаты обследования.

Осматривалась только шея, так что это не отнимало много времени. Только обнаруженный зоб требовал детального исследования по всем пунктам схемы, имеющейся в комиссии по зобу при Инбелкульте.

За месяц с лишним работы мною обследовано 325 хуторов и 80 дворов в деревнях и, следовательно, обследовано около 405 семей с общим числом осмотренных 2416 человек. Результаты обследования по населенным пунктам видны из таблицы № 1.

Таблица № 2

№№ по порядку	Название населенных пунктов	Число осмотренных	Число зобов	Зоб в % %
1	Рамшино . . .	142	1	0,63
2	Задорожье . . .	391	9	2,4
3	Латыгово . . .	216	1	0,46
4	Обухово . . .	182	0	0
5	Ляхово . . .	95	2	2,06
6	Купино . . .	123	4	3,25
7	Парнево . . .	290	17	5,8
8	Липно . . .	356	7	1,96
9	Беляи . . .	119	1	0,84
10	Дубровки . . .	138	1	0,72
11	Ходоровка . . .	147	15	10,2
12	Ярошки . . .	217	2	0,92
	Итого . .	2416	60	2,48% в сред.

Кроме того, мной исследовано обнаруженных частью с помощью местного амбулаторного пункта 7 зобных больных, которые не входят в число жителей этих 12 деревень. Всего, следовательно, зобных больных исследовано 67 человек.

Мною же обследовано 5 школ, но из 27 зобных учеников подробно исследовано только 11 человек, вошедших в число 67; у остальных 16 учеников только констатирован зоб, который за недостатком времени подробно не исследован.

Результаты обследования видны из таблицы № 2

Таблица № 2

№№ по порядку	Название школы	Количество осмотр. учеников	Колич. зобов	Зоб в % %	Число подр. исслед.
1	Ляховская . . .	43	4	9,3	4
2	Задорожская . . .	45	3	6,66	3
3	Мошканская . . .	120	3	2,5	0
4	Застодольская . .	90	6	5,4	1
5	Биковская . . .	69	11	15,94	3
	Итого . .	367	27	—	11

Все пять школ—Витебского округа, и ученики частью входят в состав осмотренного населения.

Изложивши таким образом в общем результаты обследования, перехожу к подробному изложению, пользуясь общими итогами, выведенными из индивидуальных записей о каждом случае зоба.

85% зобных больных являются уроженцами обследованной территории; 15% принадлежат частью женщинам, вышедшим замуж из др. деревень, частью ученикам, посещающим школу на обследованной территории.

По национальности 66 белоруссов и 1 полька.

Главный источник существования всех исследованных—земледелие, все они жители деревни и крепко спаяны с сельским хозяйством. Даже побочных занятий не обнаружено ни у кого. Отхожих промыслов нет, а кустарная промышленность разве выражается в приготовлении деревянной посуды больше для своего потребления или приготовлении полотна тоже больше для своего обихода. Промышленных предприятий близко нет, торговых тоже и пункты сбыта находятся далеко (Витебск).

Не мешает упомянуть, что по моим наблюдениям материальное и культурное положение здешнего населения ничем особенным не отличается от такового же среднего белорусского крестьянина.

По полу исследованные делятся так:

мужчин 20 чел или 29,85%
женщин 47 „ „ 70,15%

т. е. отношение первых ко вторым будет как 1:2,5; если же взять отношение полов старше 16 лет, то оно будет уже иным, именно как 1:6, т. е. в возрасте старше 16 лет женщины в 6 раз чаще поражены зобом чем мужчины.

Возраст исследованных от 7 до 90 лет, но наибольшее количество зобов падает на возраст от 8 до 15 лет, затем в возрасте от 16 до 20 лет понижается среди женщин вдвое, а среди мужчин до нуля, потом в возрасте с 21 года до 30 количество зобов достигает maximum'a, если не считать возраст до 15 лет, и за 30 лет медленно падает среди женщин, или остается без перемен среди мужчин.

Базедовический зоб встречается именно в возрасте от 21 и до 40—50 лет. За 60 лет зоб редкое явление и исследованный мною единственный 90 летний старик (Соловьев Л. С. д. Задорожья) имел плотную больше куриного яйца правую долю щитовидной железы, увеличившейся у него лет 60 тому назад. И нужно сказать, что у суб'ектов более пожилых щитовидная железа более плотна и чаще представляется бугристой, а чем более она плотна, тем меньше симптомов базедовизма.

Из общего числа 67—55 диагнозов—струма и 12—увеличение щитовидной железы. Последние диагнозы поставлены там, где не было резкого увеличения gl. thyreoideae, но где ясно была заметна глазом и наощупь более или менее сильная гипертрофия или всей железы или ее части, сопровождавшаяся к тому же теми или иными свойственными зобу симптомами.

Для представления о характере зоба прилагается таблица № 3.

Таблица № 3.

Величина зоба / Характер зоба	Увеличение не меньше гусиного яйца	Увеличение не меньше куриного яйца	Увеличение щит. жел. меньше куриного яйца	Итого
Правая доля	6	14	—	20
Левая доля	2	1	—	3
Isthmus	2	2	—	4
Обе доли с преобл. одной части	5	8	—	13
Равномерное увеличение обоих долей и istmus'а . .	3	12	12	27
Итого . .	18	37	12	67

из которой видно, что преобладающее место занимает увеличение не меньше куриного яйца правой доли, затем обоих долей, дальше обоих долей с преобладанием одной и только потом увеличение правой доли не меньше гусиного яйца; таких случаев 6, и носители этих зобов испытывают большие механические препятствия как при дыхании, так и при движениях, но в количественном отношении они не преобладают (8,95%).

В общем итоге нужно указать на предпочтение правой доле и на преобладающую величину не меньше куриного яйца. Больших зобов, принимая во внимание все части железы, имеется 18 (23,88%), а указанная выше цифра (8,95%) относится только к правой доле.

Необходимо отметить один случай strumit'а (у Черного А. П. 8 л. д, Латыгово), сочетавшегося с общим status febrillis, ангиной и сильным носовым кровотечением. По словам родных „гуз" на шее появился только три дня тому назад с началом ангины. Имея к тому же болезненность зоба, я поставил диагноз струмита; но нужно сказать, что у сестры указанного больного имелось увеличение щитов железы. Для представления о симптомотологии зоба прилагается таблица № 4 (см. стр. 44).

Как видно зоб у мужчин более доброкачественный, он даже не служил препятствием в старое время к прохождению военной службы, хотя по заявлению больных он был немногим меньше настоящего (с гусиное яйцо). В общем у м. и ж. есть общие симптомы: struma exophthalmus, тахикардия, головная боль, сосудистые явления. Но зато у женщин есть патологические изменения, отсутствующие у мужчин: головокружение, симптомы со стороны нервной системы (неуравновешенность, вспыльчивость, страх, плохое настроение), пониженное питание, кожные заболевания: особо нужно указать на кретиноидный вид у двоих учеников и одной женщины, которая однако сносно справляется с обязанностями хозяйки. У учеников—низкие способности, внимание и прилежание. В общем все симптомы не резко выражены.

Зная, а иногда и не зная о существовании у себя „валля", многие исследованные не считают себя больными и вполне трудоспособны, но ряд об'ективных и суб'ективных данных определенно указывает на пониженную *стойкость* организма. Больные с зобом не меньше гусиного яйца указывают на затруднение дыхания, движения головы, приливы крови к лицу, онемение рук и ног; эти же симптомы свойственны и зобу меньшей величины; часто количество симптомов

Таблица № 4.

Сопутствующие зобу явления	Женщ.	Муж.	Итого
Struma	47	20	67
Exophthalmus	21	6	27
Симптом Stelwag'a	4	2	6
Тахикардия	20	8	28
Сосудистые явления	26	3	29
Дыхательная аритмия	7	2	9
Симптомы со стороны органов дыхания	14	3	17
Tremor	3	1	4
Головная боль	20	6	26
Головокружение	6	—	6
Симптомы со стороны нервн. системы	17	—	17
Симптомы со стороны пищеварит. органов	6	1	7
Питание ниже N	14	—	14
Плохие способности и ослабление памяти	12	3	15
Умственная и физ. отсталость	8	3	11
Habitus cretinicus	3	—	3
Преждевременное развитие	1	—	1
Увеличение менстр. периода	2	—	2
Поздние menstrua	1	—	1
Кожные заболевания и выпадение волос	12	—	12
Artheritis	2	—	2
Caris dentis	3	2	5
Trachoma	4	3	7
Lumbago	1	—	1
Varices cruris	1	—	1
Расстр. органов движения	1	—	1
Следы рахита	1	—	1
Оспа в анамнезе	1	—	1
Otitis medio	1	—	1
Бессонница	3	—	3
Cataracta	1	—	1
Итого	263	63	326
В среднем симптомов на одного больного	6	3	5

не зависит от величины зоба. Есть уже типичные базедовики, но ввиду отсутствия резких exophthalmus'а и тахикардии эту форму Базедов. болезни лучше бы отнести к т. н. „formes frustes“.

Необходимо еще указать на один случай зоба: Шухто Ф. А. 35 л. увеличена левая доля до гусиного яйца. Причина—роды 3 года тому назад. Небольшой exophthalmus; слезоточит.

Переходя к вопросу о влиянии на развитие зоба наследственности, нужно прежде всего указать, что 27 человек (40,3%) принадлежат к двенадцати семьям и являются или родителями и детьми или братьями и сестрами; указанные четыре базедовика—две матери и две дочери. Остальные 40 человек (59,7%) имеют восемнадцать фамилий (считая хотя бы и ту же фамилию, но в другой деревне, за новую), но какое между ними родство я не исследовал; родство первого ряда устанавливается легко и быстро, что и сделано мной относительно 27 человек.

Не так легко было получить сведения о давности зоба; 60% совсем не дали никаких сведений, остальные указали срок от трех дней до шестидесяти лет.

Давность зоба у большинства указавших срок равняется от 3 до 20 лет.

Спрашивая о начале зоба, я у большинства получил ответ, что начался незаметно и постепенно; только несколько человек связывают начало с родами, травмой, испугом.

Перехожу далее к описанию физического ландшафта самой местности, представляющей из себя приблизительно трехугольник со сторонами около 12 верст.

Обращает внимание обилие озер вокруг; они расположены вне данного трехугольника и только частью заходят на территорию его с восточной стороны. Главная же масса их находится с западной стороны.

Согласно географических карт эти озера являются частью тех озер, которые сгруппированы в районе города Лепеля и служат истоком рек: Березины, Уллы и Вилии.

Заслуживает упоминания с зап. стороны озеро Ходцы около десяти верст длиною и версты полторы шириною. В одном месте оно разделено узкой полосой суши. Озера окружены лесом, который во многом вырублен. С северной стороны мы имеем озеро Боровна, окруженное болотом и лесом, с востока озера: Черница, Ритома, Глубокое, тоже окруженные болотами и лесом.

По сходству местности все деревни можно распределить так:

Таблица № 5.

№№ групп	Название деревень	Зоб в %
1	Ходоровка	10,2
2	Парнево	5,8
	Липно	1,96
3	Купино	3,25
	Латыгово	0,46
	Ляхово	2,06
	Задорожье	2,4
4	Обухово	0
	Дубровки	0,72
	Рамшино	0,63
5	Ярошки	0,92

Местность первой группы представляет равнину, имеющую большое количество пригорков, разделенных оврагами, в которых и помещается большое количество колодцев, точнее источников водоснабжения. С северной стороны подходит болото, с восточной неподалеку речка Оболянка, с юга более возвышенная равнина, а с запада сначала лесистая равнина, а потом Парневская долина, которая и занята двумя деревнями второй группы. Это—низина, особенно по сравнению с расположенной с севера центральной возвышенностью. Прилегая к речке, эта часть не имеет оврагов и ручьев.

Источник водоснабжения—частью речка, частью колодцы, вырытые на очень небольшую глубину; между хуторами, а также в стороне попадается лес.

Следующая северо-восточная часть местности представляет равнину, с одной стороны примыкающую к озерам и покрытому лесом болоту, а с другой—к центральной возвышенности.

Водой население пользуется частью из колодцев, а частью из ям около болота.

Четвертая группа деревень занимает центральную наиболее возвышенную часть местности, постепенно переходя в три предыдущие.

Население пользуется водой почти исключительно из колодцев, но последние имеют тенденцию ютиться, как и в предыдущих группах ближе к естественному водотоку. Только Обухово, помещающееся, кстати сказать, в деревне, имеет более глубокие колодцы, даже до трех сажен глубиною и оно не имеет ни одного случая зоба.

Наконец пятая группа в смысле местности не представляет ничего особенного. Но два случая зоба оба сочетаются с наиболее резко выраженными симптомами базедовой болезни (друг. два случая strumae basedowificatae принадлежат д. Липно). Источник водоснабжения—речка (у матери) и крыница - ключ (у дочери).

Подводя итоги описаний отдельных колодцев, я могу предложить следующую таблицу:

Таблица № 6.

Благоустроенность / Характер	Со срубами	С кадками	Обставлен. досками	Без всякого благоустр.	Общее количество
Речек	—	—	—	3	3
Ям около болота	—	—	—	10	10
Ключей	—	—	—	4	4
Колодцев	10	6	15	—	31
Итого	10	6	15	17	48

из которой ясно, что питьевая вода берется в первую очередь из колодцев без всякого благоустройства или прямо из ям около болот. Вода в них находится большую часть года в полной зависимости от загрязненности почвы. Стенки водоемов обычно обростают расти-

тельностью, загрязняются животными, особенно летом во время пастьбы скота, во время водопоя; часто неподалеку производится стирка белья.

Располагаясь в более низких местах, эти водоемы воспринимают все, что течет с ближайших возвышенностей. Не говоря уже о более естественных водоемах и об „искусственных"—колодцах, приходится сказать, что они далеко не благоустроены, часто с гнилыми срубами, чистятся редко, не имеют „бруку" и крыш, так что, как из воздуха, так и со стороны почвы загрязняются почти беспрепятственно. Не редкость, что зимой вода может вымерзнуть, а летом пересохнуть. Этому способствует небольшая глубина колодцев. Однако из общего числа колодцев 31, только 12 не удовлетворяют вкусом и запахом пользующихся из них водой.

Необходимо кстати отметить, что в дер. Парнево с общим количеством зобов в 15 человек имеется два колодца с бетонными срубами Водой из них пользуется около 30 человек и из них зобом не поражен никто.

Провести резкую грань, кто из какого колодца пользуется водой, часто нельзя, так как при отсутствии воды в одном колодце, последняя берется из другого.

В качестве примера сочетания зоба с неудовлетворительным водоснабжением можно привести описание колодца у вышеупомянутого Кожевникова Г. А., д. Парнево.

Эта яма меньше сажени глубиной, вырытая лет 10 тому назад. Ширина около аршина в поперечнике. Вода всегда с затхлым запахом, особенно зимой, когда вода застаивается, по выражению самого хозяина. Эта затхлость зависит по его же мнению от загнившихся стоек, т. е. расставленных около стен вместо сруба ольховых и березовых палок, которые не покрывают всей внутренней поверхности этого „колодца".

Колодец этот недалеко расположен и от хлева (10 сажен). Другие из обследованных мной колодцев не редко отстоят недалеко от бань и других построек.

Зимой обыкновенно такие колодцы представляются настолько с'уженными, что едва пропускают ведро.

Не имея сруба выше уровня земли, заносятся снегом, ввиду чего не так легко отыскиваются. Последнее облегчается вехой, метлой или лопатой. За недостатком леса, по об'яснению крестьян, сруб деревянный иногда заменяется досчатым или же вместо этого вставляется „дежка", т. е. кадка, у которой вынимается дно.

Крыницы имеют постоянный сток воды, но иногда застой получается и здесь. И например, семья в д. Беляях, пользующаяся водой из крыницы, одна только имеет зоб, тогда как пользующиеся из колодцев свободны от его проявлений. Данная крыница расположена в овраге под обрывом. Вода покрыта ржавой пленкой, „железной", как говорят крестьяне.

Из особенностей между отдельными деревнями необходимо указать на следующее: д. Латыгово заселено больше чем на половину старообрядцами, предки которых в старое время переселились сюда на бывшие свободные земли. Очень строго соблюдают посты. В деревне Обухове хотя нет старообрядцев, но посты также строго соблюдаются. На большую глубину колодцев уже указывалось выше.

Более культурно население в д. Липно, менее—в д. Дубровках.

В заключение не лишне привести частые указания имеющих зоб на сырость хуторов, хат и усадеб. а также на случай зоба из д. Дубровки. Имеющая зоб Грунтова В. Ф., 35 л. (величина до гусиного яйца) указывает, что в пост при употреблении растительной пищи зоб значительно уменьшается.

Выводы:

1. Обследованная мной местность эндемична по отношению к зобу.

2. Более поверхностные слои воды, употребляемой населением в пищу, повидимому, благоприятствуют развитию зоба.

За предложенную тему и помощь в работе, благодарю своего учителя, проф. С. М. Рубашева.

Вакцинация против скарлатины в Бобруйском округе.

За 1926-1927 г.

Д-р Гурвич.

В прошлом году под руководством Санитарной Организации была проведена противоскарлатинозная вакцинация (см. „Белорусскую Медицинскую Мысль"). Тогда приходилось работать с вакциной Московского Бактериологического Института им. *Мечникова.* На сколько длителен иммунитет? Среди детей, подвергшихся вакцинации против скарлатины в прошлом году было 25 заболеваний на кол. привитых—936. Это по нашим данным, зарегистрированным в одном из сельских участков, но несомнснно их было больше, ибо точный учет заболеваний скарлатиной у привитых поставлен был точно только в селах вблизи врачебных пунктов. И так, прошел год со времени вакцинации и если в период после вакцинации наблюдались всего 3 случая заболевания скарлатиной, то сейчас эти заболевания у вакцинированных в прошлом году наблюдаются в довольно большом количестве а именно 25 на 936 или почти 25 на 1000. Надо оговориться, что делать окончательный вывод на основании этих данных о продолжительности и стойкости иммунитета нельзя, но это есть небольшие штрихи долженствующей сыграть некоторую роль в будущей оценке противоскарлатинозной вакцинации, проводимой во всей СССР. Нужно далее указать, что случаи заболевания протекали у привитых довольно тяжело и хотя смертных случаев не было, но был целый ряд осложнений, главным образом—нэфритов.

В этом году в октябре м-це Санитарная Организация, Бобруйского Округа, вновь приступила к массовой вакцинации против скарлатины. Вакциной на этот раз нас снабжал Белорусский Санбакинститут, который готовил ее следующим образом по данным сообщ. мне проф. Эльбертом; ряд культур стрептококков, среди которых были токсические штаммы (Ленинградских 2 штамма, Американские штаммы Дика), засеивались в щелочной бульон (РН – 7,6) содержавший 5% лошадиной сыворотки и через 5 дней в термостате при 37 град. микробы отстаивались, бульон сверху сливался и осадок микробов (плюс немного бульону) разводился физиологическим раствором до штандарта. Далее к бульону предварительно прибавлялось 0,1% формалина. Таким образом вакцина содержала токсические, а также выделенные от скарлатинозных больных штаммы стрептококков плюс небольшое количество токсина. Дозировка была нам указана Институтом следующая: (троекратная):

До одного года	—0,1	0,2	0,4	(установленная Бел. Сан.-Бакт. Институтом).
От 1 г. до 3 л.	—0,1	0,3	0,6	
От 3 л. до 5 л.	—0,2	0,4	0,8	
От 5 л. до 10 л.	—0,3	0,6	1	
Старше 10 л.	—0,4	0,8	1,2	

Вакцинация проводилась под строгим контролем Окружного Санврача как в городе, так и в округе, причем в этом году, желая иметь точный учет материала и результатов, преимущественно в городе, для чего был открыт прививочный пункт, который обслуживался сан. и школьсанврачами. Прививка происходила по заранее выработанному плану, т. е. охватывая школьные и дошкольные учреждения. Вакцинация началась в период вспышки эпидемии скарлатины в г. Бобруйске, т. е. — с начала ноября.

Всего было привито 3401, из них в городе—2419 и в округе—982, причем таблицы по возрастам дают следующую картину:

ПРОИЗВЕДЕНО:

	1 прив.	2 прив.	3 прив.
Город:			
От одного года до 3 л.	127	122	120
От 3 л. 5 л.	200	200	154
От 5 л. до 9 л.	696	654	641
От 10 л. до 14 л.	1241	1139	1118
От 15 л. и выше	165	162	142
Итого	2419	—	—
Округ:			
(Селиба, Бортники, Станьково, Глуша, Добысьня)	1339	1263	1059
ВСЕГО	3758	3328	3114

Всего прививок 10.200.

В городе: Из 2419 чел. заболело сделавших 1 прививку—7— 0,3%
" 2 " —3—0,12%
" 3 " 14—

В Округе: Из 1339 чел. заболело сделавших 1 " —5— 0,3%
" 2 " —2— 0,1%

что дает 6,6 на тысячу. В городе если исключить однократно привитых, то получим 3,5 на тысячу, т. е.—максимум заболевания падает не однократно привитых. Среди заболевших троекратно привитых были 4 детей врачей, а остальные 10 из Дома Грудн. Ребенка, которые вообще были ослаблены, из последних 2 умерло. Других смертных случаев не было среди привитых. Значит смертность среди привитых 2 на 3758.

Какова заболеваемость скарлатины среди привитых и непривитых?

По последней переписи в г. Бобруйске числилось 13309 детей до 15 лет:

Возраст	Число		Заболело	
До одного года	980	Заболело	До одного года	10
От 1 г. до 3 л.	1415	"	От 1 г. до 3 л.	65
От 3 до 5 л.	1213	"	От 3 л. до 5 л.	65
От 5 до 10 л.	3476	"	От 5 л. до 9 л.	80
От 10 до 15 л.	6225	"	От 10 л. до 14 л.	29
От 15 и выше	12220	"		239

что дает заболеваемость 17,9 на тысячу, в то время, как среди привитых дает 3,5 на тысячу. Заболевание падает, главным образом, до 5-ти лет. Что касается реакции, то в большинстве случаев—реакция была у 80% всех привитых в виде красноты, а 5-6% в виде небольшого повышения температуры, не свыше 38 гр. В отношении течения

заболеваемости и осложнений у заболевших, следует сказать—нефрит в 3-х случаях, осложнений уха—в 2-х случаях. Вообще течение болезней более легкое у привитых, чем не у привитых. Следует отметить, что заболеваемость скарлатиной у привитых обыкновенно была на 3-4 месяц (у троекратно привитых) после прививки, во многих случаях отмечено отсутствие шелушения. По отношении смертности среди привитых в 2-х случаях на 3.758, среди непривитых—29 чел.

Выводы:

1. Данные скарлатинозной вакцинации по Бобруйскому Округу дают некоторое основание говорить, что иммунитет после вакцинации ослабевает спустя год.

2. Заболеваемость среди вакцинированных резко падает по сравнению с невакцинированными в ближайшие после вакцинации месяцы.

3. Смертность среди привитых была ниже смертности среди непривитых.

4. Вопрос о вакцинации против скарлатины является вопросом далеко не решенным и нуждается в дальнейшей проверке.

К вопросу о распространении трахомы в районах б. Речицкого округа и мерах борьбы с ней.

(Мозырская окружная больница).

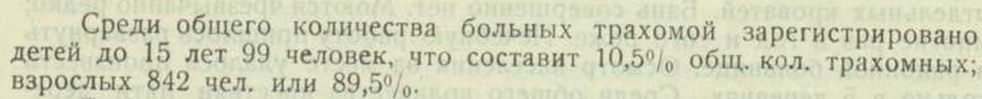
Н. А. Лосев.

Центральным комитетом Красного Креста Белоруссии я был командирован в мае месяце 1927 г. в Хойникский и Брагинский районы *Речицкого округа* для проведения общественной Красно-крестной работы и оказания медицинской помощи населению. В мою задачу входило также выяснить распространение трахомы среди населения. Моя командировка была неудачна в смысле снабжения всем необходимым для работы, но, тем не менее, собранный мною материал в достаточной степени демонстративен в том отношении, что командировка окулиста для обследования и специального обслуживания сельского населения отдельных районов вполне оправдывает свою цель и затраченные средства. Хойникский и Брагинский районы, где мне пришлось работать в течение двух месяцев, занимают низменную равнину между р.р. Днепром и Припятью. Северо-западная половина в значительной части покрыта лесом, населена сравнительно редко. Юго-восточная изрезана болотами, населена гуще, лесов почти нет. Между болотами много песчаных холмов, которые являются источником массы пыли в летние жаркие дни при более или менее сильных ветрах. Бытовые и санитарные условия крестьян не отличаются от таковых других районов Белоруссии. Жилые помещения более, чем в 50% представляют одну избу с площадью в 30-35 кв. метров; другая половина крестьян имеет пятистенки в 50-60 кв. метр. Предметы домашнего обихода общие у всех. Спят в огромном большинстве на общих нарах, хотя очень часто можно встретить стремление молодых крестьян к устройству отдельных кроватей. Бань совершенно нет. Моются чрезвычайно редко; многие раз в год и того реже. Лечебную работу пришлось развернуть в районной больнице. Осмотр населения на месте удалось произвести только в 5 деревнях. Среди общего количества крестьян пяти деревень обнаружено 114 человек больных трахомой, что в среднем составит 1,8%. Осмотрено 80% действительного состава населения пяти деревень.

В дальнейшем массовая амбулаторная и оперативная работа не позволили делать выезды в села для осмотра населения. Вылавливание-же и регистрацию трахоматозных больных я производил следующим образом: 1) в каждое селение было послано извещение о приезде в район окулиста; 2) каждого вновь явившегося трахоматозного больного заставлял приводить всю его семью для осмотра на другой день.

Таким образом вызовы всех семейств для осмотра, откуда только прибывал больной, и новизна пребывания окулиста в районе, что вызвало сразу массовый приток больных, позволили зарегистрировать огромное большинство трахоматозных. Количество зарегистрированных может служить показателем распространения трахомы в районе, так как от регистрации немногие ушли, что также подтверждается количеством зарегистрированных при поголовном осмотре пяти деревень.

По двум районам за два месяца зарегистрировано 941 человек больных трахомой. Среди зарегистрированных обнаружено с трахомой I ст. 181 челов.; с трахомой II ст. 344 и с трахомой III ст. 416 челов. На каждые десять тысяч общего количества населения обслуживаемого мною района, приходится 129 челов. больных трахомой или 1,29%. По Брагинскому району 1,44% и по Хойникскому—1,15%.



Среди общего количества больных трахомой зарегистрировано детей до 15 лет 99 человек, что составит 10,5% общ. кол. трахомных; взрослых 842 чел. или 89,5%.

По национальности больные разделяются: 1) белоруссов 846 или 90%; 2) украинцев 54 чел. или 5,7% и евреев 41 чел. или 4,3%.

В последнее время в русской периодической литературе чуть-ли не в каждом номере журнала публикуются материалы обследований различных районов Союза, где указывается чрезвычайно большой процент трахоматозных больных, иногда этот процент доходит до 90%. Процент зарегистрированных в Брагинском и Хойникском районах по сравнению с данными обследований других районов Союза представляется весьма малым, что может свидетельствовать о сравнительном благополучии в смысле распространения трахомы в указанных районах.

Тем не менее, при внимательном разборе материала, нужно отметить, что о благополучии здесь говорить не приходится. Уже только наличие 10,5% детей среди трахомных говорит за рост трахомы. Дальше то, что 525 чел. имели сильное обострение процесса с обильным выделением гнойного эксудата, которые имели тесный контакт с кругом семьи и близких родственников, позволяет думать, что инфек-

ция среди населения Брагинского и Хойникского районов должна широко передаваться.

Антисанитарные условия весьма благоприятствуют развитию инфекции. Большинство крестьян чрезвычайно невежественно в области личной и общественной профилактики. Все больные весьма скептически относятся к тому, что трахома заразная болезнь и может передаваться от одного человека к другому. Все они считают причиной трахомы простуду, разные житейские невзгоды, как то: горе, тоску, слезы и т. д. В последнее время некоторые больные начинают изолировать себя от здоровых; например, поступило несколько заявлений от больных, что они уже спят отдельно, имеют свое полотенце и т. д. Но это единицы. В большинстве полотенце общее для всех членов семьи. Трахомой страдают в огромном большинстве женщины (708 женщин). При опросе 60% больных указывали, что они заболели в семьях, где имелись больные. Остальные 40% связывают свое заболевании со службой в армии во время войны и с расквартированием солдат по крестьянским избам в период оккупации и гражданской войны. Таким образом условия империалистической и гражданской войн способствовали тому, что количество трахомных почти удвоилось за короткий промежуток времени.

Среди трахомных больных отмечено с осложнениями pannus'а, заворота век и т. д. 60%.

На ряду с регистрацией трахоматозных больных мною произведена регистрация слепых. Всего по району зарегистрировано 35 человек слепых на оба глаза и 73 чел. слепых на один глаз. Из них крестьян белоруссов 104 и евреев 4 чел.

Главной причиной слепоты является трахома. Так среди слепых на оба глаза 37,1% ослепли от трахомы, а среди слепых на один глаз трахома является причиной в 27,4%. Такой большой процент ослепших от трахомы чрезвычайно убедительно говорит за то, что трахома в селе не лечится и что трахома среди крестьян дает самые тяжелые осложнения, которые и ведут к слепоте. Ослепшие от трахомы исключительно крестьянки-женщины. При опросе все ослепшие от трахомы заявили, что лечиться во время не могли вследствие большой зависимости от домашней работы и дальнего расстояния до больницы. Женщин среди слепых в 6 раз больше мужчин. Все они безграмотны. Второе место в этиологии слепоты занимают золотушные заболевания роговицы.

Табл. 1

Ослепло на оба глаза

№№	Причина слепоты	Кол.	%
1	Трахома	13	37.1
2	Золотуха	10	28,5
3	Глаукома	3	8,6
4	Оспа	3	8,6
5	Корь	2	5.7
6	Врожденная слепота .	2	5,7
7	Травма	1	2.8
8	Серпигинозная язва .	1	2,8

Табл. 2

Ослепло на один глаз

№№	Причина слепоты	Кол.	%
1	Трахома	20	27,4
2	Золотуха	17	23,3
3	Травма	14	19,1
4	Серпигинозная язва .	8	10,9
5	Оспа	5	6,8
6	Корь	2	2,7
7	Неизвестн. прич. . .	2	2,7
8	Сыпной тиф	1	1,37
9	Брюшной тиф . . .	1	1,37
10	Скарлатина	1	1,37
11	Sepsis	1	1,37
12	Глаукома	1	1,37
13	Отслойка сетчатки . .	1	1,37

Травма глаз произведена различными предметами и способами (железом травм. 30%; ударами животных 25%; осколками дерева 21% и т. д.).

Что касается возраста в момент ослепления, то материал делится следующим образом:

Табл. 3

Потеряли зрение на оба глаза

между	1—10 годами	5 чел.
"	10—20 "	5 "
"	20—30 "	3 "
"	30—40 "	3 "
"	40—50 "	9 "
"	50—60 "	4 "
"	60—70 "	5 "

Табл. 4

Потеряли зрение на один глаз

Между	1—10 годами	8 чел.
"	10—20 "	23 "
"	20—30 "	12 "
"	30—40 "	8 "
"	40—50 "	11 "
"	50—60 "	7 "
"	60—70 "	6 "

В развитии слепоты на оба глаза нельзя отметить резких колебаний в связи с возрастом; небольшой под‘ем имеется на пятом десятке лет, что об‘ясняется увеличением потери зрения в этот возраст от трахомы. Во второй группе, т. е. 4 табл., выделяется второе десятилетие. На этот возраст падает большинство травм и инфекционных болезней.

За два месяца принято мною 2204 первичных больных (не считая поголовного осмотра), которые сделали 4050 посещений. Операций сделано 118.

Выводы:

1. Трахома в обследов. районе имеет тенденцию к распространению среди крестьянского населения. Культурная отсталость, особенно среди женщин; большая зависимость женщины от домашнего хозяйства; отсутствие санитарного просвещения в деревне и недостаточное лечение трахомы в деревне,—благоприятствуют развитию трахомы среди крестьян.
2. Больных, нуждающихся в специальной окулистической помощи, в селениях много.
3. Процент слепых от трахомы весьма велик.
4. Командировка окулиста для работы на летние месяцы в отдаленные районы вполне рациональна и заслуживает полного внимания.
5. В задачу окулиста, направляемого временно в район, должна входить не только лечебная работа, но также учебная, обследовательская и санпросветительная.
6. Культурное развитие крестьян сильно выросло за время революции; население при беседах сравнительно легко усваивает сущность болезни и меры предохранения; с большим успехом усваивает санитарные понятия сельская молодежь; все больные весьма аккуратно посещают врача, когда позволяют ему домашние обстоятельства; экономическое состояние населения и в особенности квартирные условия благоприятствуют развитию санитарных и гигиенических навыков и переустройству средневековых бытовых условий жизни крестьянина. На основании отмеченных фактов нужно полагать, что санитарно-просветительная работа среди крестьян может дать наилучшие результаты в борьбе с трахомой.

Одной из главных задач в деле борьбы с трахомой в настоящее время в условиях крестьянской жизни несомненно является санитарно-

гигиеническое просвещение крестьян. Лечение трахомы при недостаточной квалификации участкового медперсонала в области глазных болезней и при сравнительно низкой культурно-экономической жизни крестьян, не достигает нужного результата. Кроме того лечение обычными современными методами требует много времени, что весьма тягостно для крестьян. Таким образом только санитарно-гигиеническое просвещение, только усвоение крестьянами профилактических мер, изменение всей бытовой обстановки в жилом доме может дать реальные результаты в борьбе с трахомой.

Проводником санитарного просвещения в деревне должен стать сельский учитель и изба-читальня. Вследствие большой перегруженности участкового медперсонала работой у больных и большой рассеянности сел. врач не может в достаточной степени заниматься проведением лекций, бесед и т. д. Органам здравоохранения необходимо разрешить вопрос наилучшего ознакомления сельского учителя с сущностью трахомы, путях ее передачи и мерах борьбы. Мне представляется, что чрезвычайно необходимо ввести обязательное преподавание гигиены и профилактики в педтехникумах и курсах переподготовки учителей, а если таковое ведется, то включить специальную главу о трахоме.

Дальше мерой массового санитарного просвещения может служить раздача больным специальных листовок, где кратко и доступно должно быть изложено все о трахоме или другой инфекционной болезни. Эти листовки одновременно могут служить оберточной бумагой в аптеках для отпускаемых лекарств.

Состояние здоровья родившихся в 1904 году в Слуцком округе.

По данным осмотра призывными комиссиями 1926 г.

Материалы к изучению здоровья населения Слуцкого округа, Ст. 2-я [1]).

Д-р С. И. Ратнер.

(Завтубдиспансером г. Слуцка).

Материалы призывных комиссий 1925 г.[1]) дали нам картину состояния здоровья мужской половины населения Слуцкого округа, рождения 1903 г. Мы уже указывали на ценность этих материалов, как результата тщательного единовременно-поголовного осмотра целого поколения мужской половины населения. Мы указывали, что подобными материалами можно пользоваться не всегда, так как в эпоху военных действий материалы не точно отражают истинное состояние здоровья населения, в виду пониженных требований к годности к службе. Прибавлю еще, что в старое время материалы еще меньше отражали истину и потому что, как всем известно, при призывах в царскую армию, имело место много искусственных повреждений, симуляций и проч. Я указывал, что разбираемые нами материалы не имеют этих дефектов, в виду почти полного отсутствия симуляции при настоящих наборах в Красную армию и проч. В 1926 г. подход к оценке здоровья призывников со стороны призывных комиссий был таким-же, как и в 1925 г. потребность в наборе была так же мала, как в 1925 г., требования к физической годности были те же и поэтому комиссии, как и в 1925 г., могли свободно оценивать состояние здоровья призываемых. Результаты поэтому для 2-х годов—сравнимые. Обработка материала была такая же, как и в 1925 г., т. е. я обработал его по сырому материалу протокольных книг комиссий спустя несколько месяцев после призыва с тем, чтобы в цифры попали и те, которые были случайно пропущены комиссиями и возвращены из частей, как больные. Но вот и отличия В материлы за 1925 г. были включены поголовно все призывавшиеся, как рождения 1903 г., так и предыдущих годов, отсрочковые, а в тексте при анализе материалов были исключены отсрочковые с предыдущих годов лишь по легочным статьям, по остальным же рубрикам цифры призыва 1925 г. охватывают и родившихся в 1903 г. и отсрочковых. Это было сделано потому, что этот материал обрабатывался впервые и важно было иметь картину о всех призывавшихся. В настоящие-же материалы за 1926 г., я этих отсрочковых совсем не включил, так как иначе мы бы их считали 2 раза: и в 1925 и в 1926 г. Это обусловило то, что общая цифра разбираемого материала меньше прошлогоднего (3024 против 3432) и что она отражает состояние здоровья *исключительно родившихся в 1904 году.*

---

[1]) См. д-р *С. И. Ратнер.* „Состояние здоровья родившихся в 1903 г. в Слуцком округе, по данным осмотра призывн. комисс. 1925 г.“. „Белор. Мэдычная Думка“ № 12—23 1926 г.

Перейдем к разбору материала.

В 1926 г. всего осмотрено 3024 призывника, рождения 1904 г., из них больных оказалось 1637 чел., т. е. 54,13%; в 1925 г. % больных среди всех осмотренных был 35,9 (осмотрено 3432 чел., больных—1232 чел.), но сюда вошли и отсрочковые с предыдущих годов. Если мы хотим теперь сделать сравнение между поколениями 1903 и 1904 г., нам придется предварительно исключить из общего числа осмотренных в 1925 г. отсрочковых с предыдущих призывов. К сожалению, по материалам 1925 г. я разработал только данные об отсрочковых легочных больных, а между тем, хотя их было значительно меньше, но все же отсрочковые были и по сердцу и по физическому недоразвитию. Мы это примем во внимание в дальнейшем при анализе цифр, а сейчас из общего числа (1322) и из общего числа осмотренных (3432 чел.) призыва 1925 г. исключим 109 легочных больных отсрочковых; тогда % больных среди одного только поколения 1903 г. будет около 33,82% с поправкой на небольшое уменьшение этой цифры из-за бывших отсрочковых нелегочных больных.

Таким образом, среди родившихся в 1904 г. больных оказалось на 20,31% больше, чем среди родившихся в 1903 г., а принимая во внимание вышесказанное, а именно, что цифра 33,82% должна быть несколько снижена, то получим, что поколение 1904 г. дало больше больных, чем поколение 1903 г., несколько больше, чем на 20,31%.

За счет каких же болезней произошло это увеличение? Для ответа мы сопоставим количество больных среди всех осмотренных в % за оба года в одной таблице.

Сравнительная таблица осмотра призывников 1925 и 1926 г. г.

Болезнь		%% к числу всех осмотрен. Поколение 1903 г.		Поколение 1904 г.		Всего	Увелич. в % +	Уменьшен. в % —
Туберкулез	Легких, плевры и дых. путей	9,2 [3])	9,73	7,77	8,33	11,21	+1,48	
	Желез	0,5		0,16				
	Кожи	0,03		—				
	Глаз	—		0,33				
	Мочевых и половых орг.	—		0,07				
Болезни легких [1])		—		2,88				
Волчанка, склерома, туберкулез носа, носоглотки и гортани [2])		—		0,03			+0,03	

[1]) В материалах за 1925 г. отдельной рубрики „болезни легких" не было и была лишь одна общая рубрика: „туберкулез легких, плевры и дыхательных путей". В разбираемых же теперь материалах за 1926 г. я тщательно выделил заболевания, отмеченные статьями, как заведомо туберкулезные от просто „болезни легких", поэтому, если мы хотим сделать сравнение, то к заболеваниям, отмеченным в 1926 г., как туберкулезные, мы должны прибавить „болезни легких" и тогда получим сравнимые с 1925 г. величины легочных заболеваний. Для удобства сравнения я употребил скобки.

[2]) Я эти заболевания не включил в рубрику туберкулезных поражений, а выделил в отдельную рубрику, так как по материалам нельзя точно установить, какие случаи относить к t. b. c., какие к склероме.

[3]) Этот % получился в результате исключения отсрочковых легочных из общего числа осмотренных и общего числа найденных в 1925 г. легочных больных.

Болезнь		% к числу всех осмотрен. 1925 г.		1926 г.		Увеличен. в % +	Уменьшен. в % −
Болезни сердца		3,96 [3])		3,47		—	−0,49
Болезни глаз [1])	Трахома	0,38		2,94			
	Потеря остроты зрения	2,8	3.18	4,46	7,63	+4,45	
	Слезный мешок	—		0,13			
	Проч. глазные заболев.	—		0,1			
Хирургические болезни [2])	Конечности	2,9%		3,04%			
	Позвоночник	0,32		0,39			
	Таз	0,03		0,03			
	Рубцы приросшие	0,35		1,62			
	Опухоли	0,06	3,66%	0,13	5,08	+1,42	
	Полость рта	—		0,03			
	Череп	—		0,07			
	Инородные тела в груди и брюшн. полости	—		0,07			
Зоб		0,11%		0,1		—	−0,01
Грыжи		2,7%		2,38		—	−0,32
Физическое недоразвитие		1,86%		6,28		+4,42	—
Плоская стопа		1,34		3,97		+2,63	—
Косолапость и искривление стопы		0,11		0,13%		+0,02	—
Узловатое резко выраженное расширение вен конечностей		1,7%		3,34		+1,64	
			2,05		5,71		+3,66
Узловатое расширение вен семен. канатика и водянка яичка		0,35%		2,37		+2,02	

[1]) Туберкулез глаза вошел не в эту рубрику, а в вышеприведенную рубрику туберкулеза разных органов.

[2]) В эту рубрику я отнес лишь те хирургические заболевания, которые были связаны с повреждениями, а те болезни, которые были получены от рождения или вызваны общеконституциональной слабостью или бытом населения, я выделил в отдельные рубрики.

[3]) В отношении болезней сердца при разборе материалов за 1925 г., как я уже упоминал, не были исключены отсрочковые прошлых годов, и цифра 3,96 охватывает всех призывавшихся, если же для сравнения говорить об одном поколении 1903 г., то больных было меньше, а, следовательно, об уменьшении сердечных заболеваний в 1926 г. нельзя говорить.

Болезнь		% к числу всех осмотрен. 1925 г.	1926 г.	Увеличен. + в %	Уменьшен. — в %
Задержка в брюшной полости яичка		0,06	0,73	+0,67	—
Болезни полового члена и половых путей		0,03	0,13	+0,1	—
Деформация грудной клетки [1]		0,11	0,23	+0,12	—
Искривление шеи		—	0,07	+0,07	—
Резкое заикание		0,03	0,26	+0,23	—
Немота или глухонемота		0,06	0,1	+0,04	—
Болезни уха		1,13	2,58	+1,45	—
Болезни носа	Озена	0,03	0,03	—	—
	Прочие	—	0,03	+0,03	—
Болезни гортани		0,03	0,07	+0,04	—
Парша, трихофития		0,52	0,49	—	—0,03
Чешуйчатый лишай		0,09	0,36	+0,27	—
Расстройство питания		0,03	—	—	—0,03
Малокровие		0,32	0,97	+0,65	—
Нервное заболевание		0,99	0,76	—	—0,23
Душевные болезни		0,2	0,26	+0,06	—
Эпилепсия		—	0,07	+0,07	—
Болезни прямой кишки	Свищ прямой кишки	0,03	—		
	Проч. болезни прямой кишки	—			
	(вместе)	0,03	0,16	+0,13	—
Болезни брюшных органов		0.03	0,1	+0,07	—
Хронический ревматизм, подагра, болез. сухожилий		0,06	0.27	+0,21	—
Болезни внутренней секреции		—	0,07	+0,07	—
Инородные тела в грудной и брюшной полости		—	0,07	+0,07	—

Изучая эту таблицу, мы видим, что увеличение заболеваний произошло в большей половине случаев за счет таких болезней, которые характеризуют меньшую общую конституциональную устойчивость населения или, проще говоря, эти цифры говорят, что поколение 1904 г. физически слабее, имеет больше врожденных дефектов, чем поколение 1903 г.

[1]) Деформация позвоночника вошла в рубрику „хирургические заболевания“

Сюда относятся:

Общее физическое недоразвитие	увеличение на	4,42%
Узловенное расширение вен конечностей и семенного канатика	" "	3.66
Плоскостопие	" "	2.63
Косолапость и искривление стопы	" "	0.02
Задержка в брюшной полости яичка	" "	0.67
Болезни полового члена и половых путей (дефекты)	" "	0.1
Резкое заикание	" "	0.23
Немота или глухонемота	" "	0.04
Душевные болезни	" "	0.06
Эпилепсия	" "	0.07
Болезни внутренней секреции	" "	0.07
Итого	увеличение на	11.97%

Эту группу я выделяю и обращаю на нее внимание постольку, поскольку, характеризуя большую общую конституциональную слабость населения, она представляет собой слабый об'ект для нашего непосредственного воздействия в настоящий момент и для устранения ее потребуется специальное изучение и длительный период социально-оздоровительной деятельности. Возможно, что этими заболеваниями изучаемое поколение отвечает на те потрясения, которые оно получило в детстве в эпоху империалистической и гражданской войн.

Вторая половина болезней, меньшая половина, давших в 1926 г. увеличение в сравнении с 1925 г., как это видно из вышеприведенной сравнительной таблицы — это те, которые связаны с бытом, взаимным заражением и последствиями болезней в раннем детстве.

Сюда относятся:

Болезни глаза	увеличение на	4.45%
Хирургические болезни (главным образом конечности)	" "	1.42
Туберкулез и болезни легких	" "	1.48
Болезни уха	" "	1.45
Болезни прямой кишки	" "	0.13
Болезни брюшных органов	" "	0.07
Чешуйчатый лишай	" "	0.27
Болезни носа	" "	0.03
Волчанка, склерома, туберкулез носа, носоглотки и гортани	" "	0.03
Болезни гортани	" "	0.04
Всего		9.37%

К этому надо прибавить увеличение заболеваний хроническим ревматизмом, подагрой и заболевание сухожилий, которые можно отнести и к той и к другой группе и давших увеличение на 0,21%.

Вторую группу заболеваний надо выделить постольку, поскольку путем усиления медпомощи и приближения ее к населению мы можем достигнуть ощутительных результатов уже в ближайшие годы

Уменьшение % заболеваний в сравнении с 1925 г. мы имеем лишь по нескольким статьям и в незначительной степени, а именно:

Зоб	уменьшения на	0.01%
Грыжи	" "	0.32
Парша, трихофития	" "	0.03
Расстройство питания	" "	0.03
Нервные заболевания	" "	0.23
Итого	уменьшение на	0.62%

Как видим, только по некоторым болезням мы имеем незначительное уменьшение заболеваний, в сумме немного больше $^1/_2$%.

Одно замечание. По таблице в отношении сердечных заболеваний мы имеем уменьшение на 0,49%, но как я выше об'яснил, на деле

уменьшения нет, так как из цифр 1925 г. не были исключены отсрочковые по сердечным заболеваниям (таковые, как я говорил, были исключены лишь по легочным заболеваниям), а они были, следовательно, цифра сердечных заболеваний среди одного только поколения 1903 г. будет несколько ниже общей цифры и тогда окажется, что поколение 1904 г. дало не меньше заболеваний сердцем, если не больше, чем поколение 1903 г.; поэтому я сердечные заболевания не отнес к группе болезней, давших в 1926 г. уменьшение в сравнении с 1925 г.

Перейдем к рассмотрению отдельных видов заболеваний и рассмотрению их по районам, а для ясности будем опять сопоставлять с данными за 1925 г.

Как и в 1925 г первое место среди заболеваний занимает туберкулез. Как это выше показано в сравнительной за оба года таблице, в 1926 г. среди всех осмотренных заведомо туберкулезных оказалось 8,33%, при чем, 7,77% приходится на туберкулез легких, а 0,56% на туберкулез прочих органов. Так как графа „болезни легких" (2,88% всех осмотренных), имеющаяся в таблице за 1926 г., безусловно включает в себе многие случаи туберкулеза, протекающего под видом хронического бронхита, катарра и проч., то истинный % туберкулезных больных должен колебаться между 8,33% и 11,21%, при чем ближе к 11,21%, так как сюда не вошли туберкулезные заболевания костей и суставов, которые отнесены к графе: „хирургические заболевания" (по статьям эти туберкулезные заболевания трудно было выделить из общего числа костно-свищевых заболеваний, заболеваний позвоночника и проч.). По материалам призыва 1925 г. я % туберкулезны среди поколения 1903 г. после тщательного анализа, определил между 10,5 и 12,9 всех осмотренных. Среди поколения 1904 г. этот процент я только что выше определил между 8,33% и 11,21% с приближением к 11,21%. Следовательно, мы можем считать приблизительно верным, что среди призывников всего поколения 1903 г. и всего поколения 1904 г. % *туберкулезных колеблется около 10*, т. е. среди каждых 10 призывавшихся мы встречаем 1 туберкулезного больного, при чем главная масса больных падает на заболевание легкими.

Что касается того, какой % составляют туберкулезные в отношении к числу всех признанных больными, то хотя % в отношении всех осмотренных, как мы видели, остался почти одинаковым за оба года (около 10%), % в отношении всех признанных больными в 1926 г. снизился в сравнении с 1925 г., так как в 1926 г. мы имеем, как видели выше, резкое увеличение больных по другим статьям (глаза и проч.), а именно: % туберкулезных среди забракованных поколения 1903 г. я определял между 28.38 и 35,9, а среди больных поколения 1904 г. этот % нужно считать между 15,21 и 20,46 (последняя цифра получается, если считать и цифру графы болезни легких, о чем я говорил выше).

Как распределяются туберкулезные заболевания по районам:

Чтобы решить этот вопрос и сравнить с призывом 1925 г., нам придется опять-таки напомнить, что в материалы 1925 г. вошли и отсрочковые, так как мы тогда не преследовали целей сравнения, теперь же, чтобы сравнить их с материалами за 1926 г. мы должны пересмотреть таблицу 1925 г. и исключить отсрочковых легочных больных[1]), также из числа осмотренных по каждому району отдельно.

Тогда мы получим следующую таблицу:

[1]) Материалы об отсрочковых были приведены нами на 24 стр. упомянутой статьи.

Сравнительная таблица заболеваний туберкулезом по районам среди призывников в 1925 и 1926 г.

В % к общему числу осмотренных.

БОЛЕЗНИ	Г. Слуцк		Старобинск. район		Стародорож. район		Краснослоб. район		Слуцкий район		Копыльский район		Гресский район		Любаньский район	
	1925	1926	1925	1926	1925	1926	1925	1926	1925	1926	1925	1926	1925	1926	1925	1926
Туберкулез легких, плевры и дых. путей	16.43	6,94	14.0	5.55	13,41	8,54	7,4	7,58	7.64	6.01	6.63	7,7	6,12	8.69	7,24	11.85
Туб. желез.	2.1	—	0,23	—	0.6	—	0,9	—	0.8	0.19	0.16	—	0,24	0.84	0.5	0,3
Туб. кожи	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0.16	—	—	—	—	—
Туб. глаз	—	—	—	0.22	—	0.92	—	—	—	0,94	—	—	—	—	—	—
Туб. мочевых и половых орган.	—	—	—	0.22	—	—	—	—	—	—	—	0.19	—	—	—	—
Болезни легких	—	—	—	5,55	—	5.54	—	1.03	—	5.26	—	1,73	—	0.28	—	—
Итого	18.53	6,94	14.23	11,54	14,1	15.00	8,3	8,61	8.44	12.40	6.95	9.02	6,36	9.81	7.74	12.15
Увеличение + / Уменьшение —	—11.59		—2.69		+0.9		+0,31		+3.96		+2,07		+3.45		+5.41	

Из этой таблицы мы видим резкое падение числа легочных больных по г Слуцку (на 11,53%[1]) и несколько меньшее по Старобинскому району (на 2,79%), по остальным же отмечается увеличение, особенно по Любаньскому раіону (на 4,21%). Чем это об'яснить? Уменьшение по г. Слуцку совпадает с 1½ годичной деятельностью тубдиспансера—это единственный новый фактор в жизни и быте населения. Могла ли эта деятельность уже дать результаты? Было-бы смело, конечно, это утверждать, но нельзя и отрицать, что и деятельность диспансера могла тут сыграть кой-какую роль., так как диспансер широко ознакомил население с сущностью туберкулеза, ее проблемой, важностью раннего распознавания и своевременного перевода больного на отдых, режима усиленное питание и пользование дачами и свежим воздухом, а также усиленно пропагандировал соблюдение санитарно-гигиенических требований дома, в школе, на предприятии. Население же охотно слушалось указаний диспансера, помогало этому и подсобные учреждения диспансера. А ведь общеизвестно, сколь все это важно для перевода субкомпенсированных больных в состояние компенсации. Что касается деревни, то хотя и там имеются успехи в смысле большего ознакомления населения с проблемой т. б. к., но население по условиям жилища, быта и экономики, за малым исключением, не в состоянии еще выполнять указания диспансера. Мало того, при анализе материалов призыва 1925 г. я высказал мысль, что наша деревня сравнительно девственна в отношении туберкулеза и что чем она станет культурнее, чем в большую связь она вступит с окружающим миром, тем больше распространения среди нее получит т. б. к. К сожалению, материалы 1926 г. не опровергают этого предположения и по всем районам, кроме Старобинского, мы видим увеличение заболеваний и впереди всех в 1926 г. идут Копыльский, Гресский и Любаньский районы, бывшие в 1925 г. по туберкулезу на последних местах.

На 2-м месте идут заболевания глаз – 13,83% всех признанных больными, или 7,63% всех осмотренных. В 1925 г. заболевания глаз стояли на 4-м месте, а именно дали 8,8% всех признанных больными или 3,14% всех осмотренных. Как видели среди призывных 1926 г. почти вдвое больше глазных больных, чем среди призывных 1925 г. Трахомных больных оказалось 5,37% всех признанных больными или 2,94% всех осмотренных, т. е. в 5 раз больше чем в 1925 г. (0.4% всех осмотренных).

По категориям и районам они распределяются таким образом:

	Слуцк.	Старобинск. район.	Любаньск. район.	Красно-Слободский район.	Копыльский район.	Гресский район.	Старо-Дорожский район.	Слуцкий район.
	в % к числу осмотренных							
Острота зрения	8,91	4,66	7,6	6,89	4,32	4.2	2,31	2,25
Трахома	1,0	4,44	2,13	2,76	3,57	2,8	3,23	1.88
Слезный мешок	—	0,22	—	—	—	0,28	—	0,38
Прочие заболевания	1,0	0,44	—	—	—	—	—	—
Итого	10,91	9,76	9,73	9,65	7.89	7,28	5,54	4.51

[1]) По другим органам, как видим, такие небольшие колебания, что в общем ими можно пренебречь и говорить только о легочных заболеваниях.

Для сравнения сопоставим данные призыва 1925 г.

	Слуцк.	Старобинск. район	Любаньск. район.	Красно-Слободский район.	Копыльский район.	Гресский район.	Стародорожский район.	Слуцкий район.
Всего глазных заболеваний .	4,9	3,2	4,6	3,1	2 9	1,44	4,5	2,8

Таким образом, в отношении глазных заболеваний мы имеем резкое ухудшение по всем районам в сравнении с 1925 г. Особенно выделяются глазными заболеваниями: Слуцк, Любаньский, Старобинский и Красно-Слободский районы, а по трахоме—Старобинский, Копыльский и Старо-Дорожский районы.

На 3-м месте стоит физическое недоразвитие: 11,46⁰/₀ всех признанных больными или 6,28⁰/₀ всех осмотренных. В 1925 г. оно было на 6-м месте: 5,2⁰/₀ всех признанных больными или 1,86⁰/₀ всех осмотренных. Здесь подтверждается то, что мы говорили в начале статьи о большей общей конституциональной слабости поколения 1904 г. в сравнении с поколением 1903 г. Нужно вспомнить, что, как я выше говорил, в цифры призыва 1925 г. по физическому недоразвитию вошли и отсрочковые и предыдущих годов, так как таковые, как я говорил, были исключены лишь по легочным статьям. следовательно, физическое недоразвитие среди одного только поколения 1903 г. было ниже, чем указывают цифры призыва 1925 г., а следовательно поколение 1904 г. сравнительно с поколением 1903 г. в отношении физического недоразвития стоит еще хуже. Подчеркиваю еще раз, что условия призыва, подхода и отбора были одинаковы за оба года.

По районам физическое недоразвитие распределяется так:

	Слуцк.	Слуцкий район	Старобинский район	Копыльский район.	Любаньский район.	Красно-Слободский район.	Гресский район.	Старо-Дорожский район.
	в ⁰/₀⁰/₀ к числу осмотренных							
1925 г. . . .	1,4	1,15	1,4	1,3	1,4	3,6	4,6	1
1926 г. . . .	6,94	6,76	8,44	5,26	4,25	4.14	5,42	8,54

Как видно, физическое недоразвитие увеличилось по всем районам, но особенно по Старобинскому и Старо-Дорожскому, а сравнительно более благополучно обстоит дело в Любаньском и Красно-Слободском районе.

Также обстоит и с другими конституциональными явлениями: резко выраженным расширением вен. Оно стоит в 1926 г. на 4 месте (расширение вен конечностей 3,34⁰/₀ всех осмотренных, а семенного канатика 2,37⁰/₀ всего 5,71⁰/₀ всех осмотренных) в 1925 г. расширение вен было на 7 месте и равнялось 2,05⁰/₀.

Результат сравнения с 1925 г. виден из следующей таблицы:

	Узловое расширение вен конечностей		Узловенное расширение вен сем. канатика	
	в % к числу:		в % к числу:	
	всех больных	всех осмотр.	всех больных	всех осмотр.
1925 г.	4,3	1,7	0,98	0,35
1926 г.	6,09	3,34	4,34	2,37

Таким образом, среди поколения 1904 г. вдвое больше больных с расширением вен, чем среди поколения 1903 г.

По районам расширение вен распределяется так:

		Расширение вен конечностей	Расширение вен семен. канатика	Итого
		в % к числу осмотренных		
Г. Слуцк	1925	—	—	—
	1926	1	—	1
Слуцкий р-н	1925	1,5	0,16	1,66
	1926	1,13	1,5	2,65
Старобинский р.	1925	1,4	0,23	1,63
	1926	0,44	1,78	2,22
Копыльский р-н	1925	2,9	0,8	3,7
	1926	5,43	3,78	9,21
Любаньский р-н.	1925	1,9	1,1	3,0
	1926	5,47	4,25	9,72
Красно-Слободс.	1925	0,6	—	0,6
	1926	6,89	1,38	8.27
Гресский	1925	0,7	—	0.7
	1926	5,88	2,8	8,68
Старо-Дорожск.	1925	2,6	0,2	2,8
	1926	0,92	1,87	2,79

Как видно из таблицы, расширение вен усиленно встречается оба года в Копыльском районе, а в 1926 г. особенно резко в Любаньском, Копыльском, Красно-Слободском и Гресском, где оно наблюдается у одного из 10-12 осмотренных. О причинах этого я высказывал предположение в прошлой статье при анализе материалов призыва 1925 г., а именно, что мы имеем здесь врожденную слабость венозных стенок (Bier).

На 5-м месте стоят хирургические заболевания (конечности, таз, позвоночник, рубцы равные, полость рта, опухоли, череп, инородные тела): 10,43% всех признанных больными или 5,08% всех осмотренных.

В 1925 г. хирургических заболеваний было 10,3% всех больных или 3,7% всех осмотренных. Таким образом, мы видим, что в 1926 г. % хирургических больных в отношении общего числа осмотренных в 1½ раза больше, чем в 1925 г. Главную массу заболеваний, как и в

1925 г. дали заболевания конечностей и разные рубцы, приросшие к подлежащим тканям, они же дали и увеличение в сравнении с 1925 г. Эти повреждения, повидимому, связаны с бытом населения и, возможно, являются следствием недостаточного обслуживания населения хирургической помощью. Кроме того, в 1926 г. отмечены (среди хирургических заболеваний) заболевания черепа и полости рта, которых в 1925 г. не было констатировано.

По районам и в сравнении с 1925 г. хирургические заболевания распределяются так:

	1925 г. всех осмотр. в $^0/_0$	1926 г. всех осмотр. в $^0/_0$
Старо-Дорожский район .	5,3	6
Старобинский район	4,8	5,99
Гресский район . .	4,1	4,2
Копыльский район	3,4	7,32
Красно-Слободский .	3,2	4,8
Слуцкий . . .	3,08	4,42
Любаньский . .	2,47	7,58
Г. Слуцк . . .	0,7	1,98

Как видим, имеется увеличение хирургических заболеваний по всем районам, но особенно выделяются Любаньский, Копыльский, Старо-Дорожский и Старобинский. Слуцк, как и в 1925 г. стоит на последнем месте.

На 6-м месте стоит плоскостопие. В 1925 г. оно было на 8-м месте. Сравнительно с 1925 г. плоскостопие обнаружено:

$^0/_0$ к числу больных		$^0/_0$ к числу осмотренных	
1925 г.	3,7	1925 г.	1,3
1926 г.	7,24	1926 г.	3,97

Как видим, среди осмотренных в 1926 г. $^0/_0$ плоскостопных втрое больше, чем в 1925 г.

По районам они распределяются так:

	1925 г.	1926 г.
	В процентах	
Слуцк . . .	2,8	3,9
Гресский район .	2,2	6,16
Копыльский район	1,9	4,7
Любаньский . .	1,6	5,47
Старо-Дорожский . .	1,2	2,54
Старобинский . .	0,9	2,66
Красно-Слободский . .	0,9	5,52
Слуцкий . . .	0,38	2,25

Увеличение отмечается по всем районам, но особенно по Гресскому, Любаньскому, Красно-Слободскому и Копыльскому.

Многие считают плоскую стопу врожденной аномалией и связывают ее с другой аномалией: косолапостью. Другие считают многие случаи плоскостопия благоприобретенными. Очень интересно было бы, если-бы у нас в Белоруссии занялись-бы изучением этого вопроса (например сравнить данные призывных комиссий с данными осмотра школьников, влияние обуви по районам и проч.).

Не касаясь подробнее этого вопроса, так как это не входит в рамки данной статьи, отмечу здесь только, что если прибавить к числу плоскостопия случаи косолапости, то общее число аномалий стопы среди поколения 1903 г. и 1904 г. встречается:

Среди поколения 1903 г.	в 1,45% всех осмотренных
„ „ 1904 г.	„ 4,1% „

Здесь наряду с фактом большого числа физически недоразвитых и большого числа больных с расширением вен, мы имеем еще одно доказательство большей малоценности поколения 1904 г. в сравнении с поколением 1903 г.

На 7-м месте стоят болезни сердца: 6,34% всех признанных больными или 3,47% всех осмотренных. В 1925 г. болезни сердца стояли на 2-м месте и составляли 11,03% всех признанных больными или 3,9% всех осмотренных. Таким образом сердечные заболевания в 1926 г. дали уменьшения в сравнении с 1925 г. на 0,49% всех осмотренных.

В сравнении с 1925 г. и по районам мы получаем следующую картину:

	1925 г.	1926 г.
	% всех осмотр.	% всех осмотр.
Г. Слуцк	9,1	1,98
Старобинский р-н . . .	7,1	2,66
Старо-Дорожский . . .	6,1	4,85
Слуцкий р-н	4,9	3,76
Гресский	2,4	3,64
Любаньский р-н . . .	1,6	3,73
Копыльский р-н	1,6	3,0
Красно-Слободский . . .	1,5	4,14

Просматривая данные призыва 1925 г., мы видим, что г. Слуцк, Старобинский и Старо-Дорожский районы стояли в 1925 г. на 1-м, 2-м и 3-м местах, как по заболеваниям легких, так и по заболеваниям сердца. В 1926 г. эти же районы дали параллельное уменьшение заболеваний как по сердечным, так и по легочным заболеваниям. Другие же районы наоборот: Гресский, Любаньский, Копыльский и Красно-Слободский, давшие в 1926 г. больший % легочных заболеваний, показали и больший % сердечных. Словом, получается параллелизм: в тех районах, где увеличилось число туберкулезных, там мы видим увеличение и сердечных заболеваний и обратно, где меньше туберкулезных, там меньше сердечных. Невольно напрашивается вопрос: не являются-ли многие случаи сердечных заболеваний, отмеченные при призывах, как

функциональные, в сущности функциональными проявлениями туберкулезной интоксикации. И не потому-ли в тех районах, где благополучнее дело с туберкулезом, там благополучнее и с сердечными заболеваниями и обратно. Вопрос—требующий изучения.

Другую часть сердечных заболеваний можно об'яснить распространением ревматоидных заболеваний, на что я указывал в прошлой статье при анализе материалов призыва 1925 г. Из практики тубдиспансера можно видеть, что органические пороки сердца встречаются действительно довольно часто.

На 8-м месте при призыве 1926 г. стоят заболевания уха: 5,31% всех признанных больными или 2,58% всех осмотренных. В 1925 г. эти болезни стояли на 9-м месте и составляли 3,2% всех больных или 1,1% всех осмотренных. Таким образом и здесь мы имеем увеличение больных, а именно в 3 раза.

По районам заболевания уха распределяются так:

	1925 г.	1926 г.
	% всех осмотрен.	% всех осмотрен.
Слуцкий район . . .	2	2,83
Гресский район . . .	1,7	1,4
Любаньский район . . .	1,4	3,92
Красно-Слободский р. . .	1,2	2,07
Старо-Дорожский р. . .	0.8	3,0
Г. Слуцк	0,7	1,0
Старобинский район . .	0.7	4,0
Копыльский район . . .	0,5	3,2

Как видим, имеется увеличение по всем районам, за исключением Гресского, но особенно по Любаньскому, Старобинскому, Копыльскому и Старо-Дорожскому районам.

На 9-м месте идут грыжи: 4,34% всех больных и 2,38% всех осмотренных. В 1925 г. грыжи были обнаружены у 2,7% всех осмотренных, следовательно, в 1926 г. мы имеем уменьшение грыжи на 0,32%.

По районам и в сравнении с 1925 г. мы имеем грыжи:

	1925 г.	1926 г.
	% всех осмотр.	% всех осмотр.
Гресский район . . .	3,9	1,68
Любаньский „ . . .	3,6	3.65
Копыльский район . .	3,3	3,19
Старо-Дорожский р. . .	3	2,08
Красно-Слободский р. . .	2,9	2,41
Слуцк	2,8	1,98
Старобинский район . .	1,8	2,44
Слуцкий район . . .	1	1,5

В общем, колебания по всем районам небольшие, кроме Гресского, где в 1926 г. мы видим уменьшение больше, чем в 2 раза.

На 10-м месте идет малокровие (после перенесенных болезней): 1,75% больных или 0,97 всех осмотренных. В 1925 г. оно было у 0,32% всех осмотренных, значит, мы имеем увеличение на 0,65%.

На 11-м месте—нервные заболевания: 1,38% всех больных и 0,76% всех осмотренных. В 1925 г. нервные заболевания были на 10 месте и составляли 1% всех осмотренных, следовательно в 1926 г. мы имеем уменьшение нервных больных на 0,24% среди всех осмотренных. Если прибавить сюда душевные, 0,26 всех осмотренных, то получим, что общее число нервно-душевно больных в 1926 г. было 1,02% всех осмотренных против 1,19%—1925 г., т. е. уменьшение на 0,17%.

По районам нервные и душевные заболевания и в сравнении с 1925 г. распределяются так:

	Нервные заболевания		Душевные	
	1925 г.	1926 г.	1925 г.	1926 г.
	К % ко всем осмотренным			
Г. Слуцк	2,1	—	—	1
Старобинский район . . .	1,4	1,11	0,23	0,22
Старо-Дорожский р. . .	1,4	0,46	0,2	—
Слуцкий район . . .	1	1,31	0,32	0,56
Любаньский район . . .	0,9	—	0,5	—
Копыльский район . . .	0.8	0,94	0.16	—
Красно-Слободский р. . .	0.6	0.34	—	0,34
Гресский район . . .	0,5	0,84	—	0,56

В общем, колебания небольшие, за исключением Слуцка и Любаньского района, где мы в 1926 г. не имеем вовсе нервных заболеваний, а также Старо-Дорожского, Любаньского и Копыльского районов, где в 1926 г. не встречали душевных болезней. Об остальных заболеваниях можно получить представление непосредственно из таблицы. Интересно, как и в прошлом году отметить, где встречается зоб.

Зоб в 1926 г. по 1 случаю встретился в Слуцком районе, Любаньском и Гресском—всего 3 случая; в 1925 г. он встретился в Слуцком районе в 2-х случаях и по 1-му случаю в Старо-Дорожском и Копыльском. В остальных районах его не было оба года. Значит, больше всего он встретился в Слуцком районе.

По остальным заболеваниям ответ можно получить непосредственно из таблицы.

Как и в прошлом году о венерических заболеваниях по материалам призывных комиссий представления не имеем, так как эти заболевания не служат основанием для браковки,

Рассмотрим распространение болезней по национальностям. По протокольным книгам призывных комиссий можно установить только,

кто еврей и кто нееврей. Отличить же белоруссов от поляков и других славянских национальностей по книгам нельзя, и в сущности, это нам и не нужно, так как для нас представляет интерес только отличие в расовом и бытовом отношении, насколько это отличие могло повлиять в ту или другую сторону на распространение болезней. В этом отношении между белоруссами и поляками, напр., мало разницы. Кроме того, в массе, крестьянство сплошь белорусское. Между тем расовые и бытовые условия евреев отличны от прочих национальностей, поэтому мы будем говорить дальше о евреях и неевреях, предполагая под неевреями, главным образом, белорусское крестьянство. Из 3024 осмотренных рождения 1904 г. оказалось евреев 209 и неевреев 2815. Число больных оказалось: евреев—96 человек, т. е. 45,95% осмотренного числа, а неевреев 1561, т. е. 55,45%. Значит, % больных среди неевреев на 9,5% больше, чем среди евреев.

Каково распределение болезней среди евреев и неевреев?

Об этом говорит сравнительная таблица (см. стр. 71).

Из этой таблицы видно следующее: туберкулез среди призывников *неевреев (белоруссов и проч.) оказался болеее распространенным, чем среди евреев.* В то время, как туберкулез разных органов среди призывников евреев был обнаружен в 2,39%, среди неевреев он оказался в 8,77%, т. е. в $3^1/_2$ раза больше. Разницу мы имеем и в отношении графы „болезни легких": 1,43% у евреев и 2,98% у неевреев. В совокупности легочные заболевания плюс туберкулез разных органов у евреев встречается в 3,82%, а у неевреев в 11,75%—*разница резкая*. Я уже высказывал выше мысль о перспективе усиления заболеваний туберкулезом у крестьян в будущем по мере большого вовлечения их в связь с окружащим миром, и в связи с меньшим иммунитетом сельского населения. Более подробно я остановлюсь на этом вопросе в будущем в специальной статье в связи с другими материалами.

Кроме туберкулеза и болезней легких у *неевреев*—призывников в сравнении с евреями *преобладают хирургические заболевания*, главным образом, конечности и рубцы (6,01%—у неевреев и 1,91% у евреев); *грыжи* (2,45% у неевреев и 1,43% у евреев); *узловатое расширение* вен конечностей и семенного канатика (5,58% у неевреев и 2,87% у евреев). Большее распространение среди нееврейских призывников хирургических заболеваний, повреждения конечностей и грыж, надо думать, находится в связи с бытом населения. Что касается больших распространений ушных заболеваний, то может быть здесь играет роль отсутствие своевременной помощи на деревне.

В противоположность упомянутым заболеваниям *у еврейских* призывников в сравнении с нееврейскими *встретилось больше глазных* заболеваний (12,95% у евреев и 7,25% у неевреев), при чем интересно, что большее число глазных заболеваний приходится за счет дефектов в остроте зрения, т. е. ненормальностью остроты зрения еврейские призывники страдают больше, чем нееврейские (10.05% - евреи и 4,05% неевреи). *Трахома одинакова распространена* (2,87% у евреев и 2,95% у неевреев). Кроме того, *у евреев* призывников чаще встретим аномалии *стопы*: плоскостопие плюс косолапость у евреев дали 5,31%, у неевреев 4,01%.

Почти *одинаковый процент* евреи и неевреи дали заболевания сердцем (3,3% у евреев и 3.48% у неевреев); физическое недоразвитие (6,69% у евреев и 6,25% у неевреев); парша и трихофития (0,48% у евреев и 0,49% у неевреев).

Отмеченные 3 случая зоба дали нееврейские призывники.

Болезни	Евреи: Число	Евреи: В % к числу осм евреев		Неевреи: Число	Неевреи: В % к чис. осмотр. неевреев	
Туберкулез плевры, легких, дых. путей	5	2,39	3,82	230	8,17	11,75
Туб. желез	—	—		5	0,18	
„ глаз	—	—		10	0,35	
„ мочевых и половых путей	—	—		2	0,07	
Болезни легких	3	1,43		84	2,98	
Волчанка, склерома; туберкулез носа, носоглотки и гортани	—	—		1	0,04	
Болезни сердца	7	3,3		98	3,48	
Болезни глаз.						
Острота зрения	21	10,5	12,95	114	4,05	7,25
Трахома	6	2,87		83	2,95	
Слезный мешок	—	—		4	0,14	
Проч. глазные заболевания	—	—		3	0,11	
Хирургические болезни						
Конечности	2	0,96	1,91	90	3,2	6,01
Позвоночник	—	—		12	0,43	
Таз	—	—		1	0,04	
Рубцы приросшие	2	0,95		57	2,02	
Опухоли	—	—		4	0,14	
Полость рта	—	—		1	0,04	
Череп	—	—		2	0,07	
Инородные тела в брюшной и грудной полости	—	—		2	0,07	
Зоб	—	—		3	0,11	
Грыжи	3	1,43		69	2,45	
Плоская стопа	10	4,43	5,31	110	3,9	4,01
Косолапость	1	0,48		3	0,11	
Узловатое. резко выраженное расширение вен нижн. конечностей	2	0,96		99	3,52	
Узловатое расширение вен семен канатика	4	1,91		68	2,06	
Задержка в брюшной полости яичка	2	0,96		20	0,71	
Болезни половых органов (дефекты) и полов. члена	1	0,48		3	0,11	
Физическое недоразвитие	14	6,69		176	6,25	
Деформация грудной клетки	1	0,48		6	0,21	
Искривление шеи	—	—		2	0,07	
Резкое заикание	2	0,96		7	0,25	
Немота и глухонемота	—	—		3	0,11	
Болезни уха	1	0,48		87	3,09	
Болезни носа	—	—		1	0,04	
Озена	—	—		1	0,04	
Гортань	—	—		2	0,07	
Дефекты костей лица, языка, небн. свода, носа, гортани, дыхат. горла	—	—		1	0,04	
Парша, трихофития	1	0,48		14	0,49	
Чешуйчатый лишай	1	0,48		10	0,35	
Болезни внутренней секреции	—	—		2	0,07	
Малокровие	4	1,91		25	0,89	
Нервные заболевания	1	0 48		22	0,78	
Душевные болезни	—	—		8	0,28	
Эпилепсия	—	—		2	0,07	
Болезни прямой кишки	1	0,48		4	0,14	
Болезни брюшных органов	—	—		3	0,11	
Ревматизм, подагра. бол. сочленений, мышц	1	0,48		7	0,25	
Итого	96	45,95		1561	55,45	

По остальным заболеваниям—небольшая разница, и представление можно получить непосредственно из таблицы.

Интересно посмотреть, есть ли среди еврейских и нееврейских призывников различие в числе дефектов и заболеваний, характеризующих общую конституциональную устойчивость населения.

Придерживаясь прежней схемы, составим новую *сравнительную таблицу распределения этих заболеваний по национальностям*, тогда получим:

	Евреи	Неевреи
	(в проц.)	
Общее физическое недоразвитие	6,69	6,25
Узловатое расширение вен конечностей и семенного канатика	2,87	5,58
Плоскостопие и косолапость	5,31	4.01
Задержка яичка в брюшной полости	0,96	0,71
Дефекты половых органов	0,48	0,11
Резкое заикание	0,96	0,25
Немота или глухонемота	—	0,11
Душевные болезни	—	0,28
Эпилепсия	—	0,07
Итого	17,27	17,27

В итоге получается, что те болезни, которые характеризуют большую врожденную слабость населения, его дефективность и которые, как мы выше видели, дали в 1926 г. увеличение заболеваний на 11,97% в сравнении с 1925 г.—эти болезни мы встречаем в совершенно одинаковой степени, как среди призывников евреев, так и среди неевреев, т. е. другими словами, это значит, что *как евреи поколения 1904 г., так и неевреи этого-же года в совершенно одинаковой степени слабее, дефективнее поколения 1903 г.*

Какие же выводы мы можем сделать из анализа материалов призывных комиссий за 1926 г. и из сравнения их с таковыми же за 1925 год.

1. Прежде всего то, что % больных среди призывников, родившихся в 1904 г., гораздо больший, чем среди родившихся в 1903 г.: в то время, как поколение 1903 г. дало при осмотре в 1925 г. 33,82% больных, поколение 1904 г. при призыве 1926 г. обнаружило 54,13% больных, т. е. на 20,31% больше.

2. Это увеличение числа больных произошло в большей половине случаев за счет таких болезней, которые указывают на меньшую общую конституциональную устойчивость и большую малоценность поколения 1904 г. в сравнении с поколением 1903 г., другими словами, что поколение 1904 г. слабее поколения 1903 г., а именно: на 11,97% увеличение болезней произошло за счет: общего физического недоразвития, узловатого расширения вен, плоскостопия и косолапости, задержки в брюшной полости яичка, дефектов в половых органах, резкого заикания, немоты или глухонемоты, душевных болезней и эпилепсии.

3. Во второй половине случаев, на 9,57% увеличение произошло за счет прочих болезней, связанных с бытом и последствиями болезней в раннем детстве: болезни глаз, хирургическое заболевание (гл. обр., конечности), туберкулез, болезни уха, прямой кишки и проч.

4. Незначительное уменьшение заболеваний мы имеем по следующим болезням: зоб, грыжа, парша и трихофития, расстройство питания и нервные заболевания—в общей сумме давшие уменьшение на 0,62% в сравнении с 1925 г.

5. Среди всех заболеваний первое место занимает, как и в 1925 г. туберкулез: процент туберкулезных среди осмотренных в 1926 г., лежит между 8,33% и 11,21%, при чем главная масса заболеваний туберкулезом падает на туберкулез легких. Среди осмотренных в 1926 г. туберкулезных больных было на 1,48% больше, чем в 1925 г., но имеется разница по районам: резкое уменьшение заболеваний туберкулезом в сравнении с 1925 г. дали г. Слуцк (на 11,59% общего числа осмотренных) и меньшее, но тоже значительное уменьшение, показал Старобинский район (на 2,69% общего числа осмотренных). По остальным районам мы имеем увеличение, особенно по Любаньскому, Копыльскому и Гресскому районам, стоявшим в 1925 г. по туберкулезу на последних местах.

6. Пока оправдывается высказанное мною в прошлой статье предположение, что мы должны ожидать увеличения числа туберкулезных среди сельского населения по мере большего вовлечения их в связь с культурным центром. В 1926 г. по всем отсталым районам замечается увеличение по сравнении с 1925 г.

7. 2-е место среди поколения 1904 г. занимает заболевание глаз: 7,63% всех осмотренных, вместо 3,14% среди поколения 1903 г. Резко увеличились трахомные заболевания: 2,94% всех осмотренных, вместо 0,4% всех осмотренных Особенно увеличились глазные заболевания в Слуцке, Любаньском, Старобинском и Красно-Слободском районах, а трахома особенно увеличилась в Старобинском, Копыльском и Старо-Дорожском районах.

8. На 3-м месте стоит физическое недоразвитие: 6,28% все осмотренных вместо 1,86% всех осмотренных. Увеличение произошло по всем районам, но особенно по Старобинскому и Старо-Дорожскому.

9. На 4-месте—резко выраженное расширение вен—5,71% расширение вен конечностей и семенного канатика, вместо 2,05%. Оба года расширение вен особенно часто встречалось в Копыльском районе, а в 1926 г., особенно резко в Копыльском, Красно-Слободском и Любаньском. В этих районах оно в 1926 г. встречалось у одного из 10-12 призывавшихся.

10. На 5-м месте стоят хирургические заболевания: 5,08% всех осмотренных в 1926 г. вместо 3,7% всех осмотренных. Как и в 1925 г. преобладают заболевания конечностей, что очевидно связано с крестьянским бытом. Увеличение хирургических заболеваний отмечается по всем районам, но особенно выделяется Любаньский, Копыльский, Старо-Дорожский и Старобинский районы. Слуцк, как и в 1925 г. по числу хирургических недостатков стоит на последнем месте.

11. На 6-м месте стоит плоскостопие: 3,97% всех осмотренных вместо 1,3% в 1925 г., а вместе с косолапостью аномалии стопы встречаются среди поколения 1904 г. в 4,10% всех осмотренных, в то время, как среди поколения 1903 г.—в 1,45% всех осмотренных. Увеличение—по всем районам, но особенно по Гресскому, Любаньскому, Красно-Слободскому и Копыльскому районам.

12. На 7-м месте стоят болезни сердца: 3,47% всех осмотренных, вместо 3,9% в 1925 г. Казалось-бы, уменьшение в сравнении с 1925 г., но как это об'яснено в тексте в цифру 39% входят и отсрочковые с предыдущих годов, поэтому об уменьшении сердечных заболеваний нельзя говорить. Во всяком случае надо думать, что оно и не увеличилось. Отмечается параллелизм в распространении туберкулеза и сердечных заболеваний: в тех районах, где отмечается уменьшение легочных заболеваний, отмечается и уменьшение сердечных заболеваний. Это возможно об'яснить тем, что многие сердечные заболевания, от-

Таблица заболеваний среди призывных Слуцкого округа, рожд. 1904 г.

Всего осмотрено	г. Слуцк 101 чел.		Слуцкий район 532		Старобинск. район 450		Копыльский район 532	
Оказалось больных	Чел.	В %	Чел.	В %	Чел.	В %	Чел.	В %
Туберкулез легких, плевры и дых. путей	7	6,94	32	6,01	25	5,55	42	7,7
Туберкулез желез	—	—	1	0.19	—	—	—	—
„ глаз	—	—	5	0,94	1	0,22	—	—
„ мочевых и половых органов	—	—	—	—	1	0.22	1	0,19
Болезни легких	—	—	28	5,26	25	5,55	6	1,13
Волчанка, склерома, туберкулез носа, носоглотки и гортани	—	—	—	—	—	—	—	—
Болезни сердца	2	1,98	20	3,76	12	2,66	16	3
Болезни глаз: Острота зрения	9	8,91	12	2,25	21	4,66	23	4,32
Трахома	1	1	10	1,88	20	4,44	19	3,57
Слезный мешок	—	—	2	0,38	1	0,22	—	—
Прочие глазные заболев.	1	1	—	—	2	0,44	—	—
Хирургические болезни: Конечности	—	—	9	1,6	13	2,89	23	4,32
Позвоночник	2	1,98	1	0,19	—	—	3	0,56
Таз	—	—	—	—	—	—	—	—
Рубцы приросшие	—	—	12	2,25	12	2,66	12	2,25
Опухоли	—	—	—	—	1	0,44	1	0,19
Полость рта	—	—	1	0,19	—	—	—	—
Инородные тела в грудной и брюш. полости	—	—	—	—	—	—	—	—
Череп	—	—	1	0,19	—	—	—	—
Зоб	—	—	1	0.19	—	—	—	—
Грыжи	2	1,98	8	1,5	11	2,44	17	3,19
Плоская стопа	4	3,9	12	2,25	12	2,66	25	4,7
Косолапость	—	—	—	—	1	0,22	2	0,38
Резко выраженное, узловатое расширение вен нижних конечностей	1	1	6	1,13	2	0,44	29	5,43
Узловатое расширение вен семенного канатика и водянка яичек	—	—	8	1,5	8	1.78	20	3,78
Задержки в брюшной полости яичка	1	1	3	0,56	2	0,44	8	1,5
Бол. половых путей и полового члена	1	1	2	0,38	—	—	—	—
Физическое недоразвитие	7	6,94	36	6,76	38	8,44	28	5,26
Деформация грудной клетки	—	—	—	—	2	0,44	3	0,56
Искривление шеи	—	—	—	—	—	—	—	—
Резкое заикание	—	—	1	0,19	9	0,66	—	—
Немота или глухонемота	—	—	1	0,19	2	0,44	—	—
Болезни уха	1	1	15	2,83	18	4	17	3,2
Болезни носа	—	—	—	—	1	0,22	—	—
Озена	—	—	1	0,19	—	—	—	—
Болезни гортани	—	—	—	—	1	0,22	—	—
Дефекты костей лица, языка, небн. свода, носа, гортани, дыхат. горла	—	—	—	—	—	—	—	—
Парша, трихофития	1	1	2	0.38	—	—	1	0.19
Чешуйчатый лишай	1	1	2	0,38	2	0,44	2	0,38
Болезни внутренней секреции	—	—	—	—	—	—	1	0,19
Малокровие	3	2,98	11	2,07	3	0,66	—	—
Нервные заболевания	—	—	7	1,31	5	1,11	5	0,94
Душевные болезни	1	1	3	0,56	1	0,22	—	—
Эпилепсия	—	—	—	—	—	—	1	0.19
Болезни прямой кишки	1	1	—	—	1	0,22	1	0,19
Болезни брюшных органов	—	—	—	—	—	—	1	0.19
Ревматизм, подагра, бол. сочленений	1	1	3	0,56	1	0,22	1	0,19
Итого больных	47	46,51	226	47,92	249	55,33	308	57.89
Общее число осмотренных	101		532		450		532	

по данным призывных комиссий 1926 г.(разработана д-ром С. И. Ратнером).

Любаньский район 329		Красно-Слободск. р. 290		Гресский район 433		Старо-Дорожский р. 433		Всего осмотрено	% к общ. числу признан. больн.			% к общ. ч. всех осмотр.		
Чел.	В %	Чел.	В %	Чел.	В %	Чел.	В %							
39	11,85	22	7,58	31	8,69	37	8,54	235	14,19			7.77		
1	0,3	—	—	3	0,84	-	—	5	0,3	15,21	20,46	0,16	8,33	11,21
—	—	—	—	—	—	4	0,92	10	0,6			0,33		
—	—	—	—	—	—	—		2	0,12			0,07		
—	—	3	1,03	1	0,28	24	5,54	87	5,25			2,88		
—	—	1	0.34	—	—	—		1	0,06			0,03		
9	2,73	12	4,14	13	3,64	21	4,85	105	6,34			3.47		
25	7,6	20	6,89	15	4,2	10	2,31	135	8,14			4.46		
7	2,13	8	2,76	10	2,8	14	3.23	89	5,37	13,93		2,94	7.63	
—	—	—	—	1	0,28	—	—	4	0,24			0.13		
—	—	—	—			—	—	3	0,18			0,1		
20	6,07	7	2,41	8	2,24	12	2,77	92	5,55			3,04		
1	0,3	1	0,34	1	0,28	3	0,69	12	0,76			0,39		
—	—	—	—	1	0,28	—	—	1	0,02			0,03		
2	0,61	5	1,71	5	1,4	11	2.54	59	3,56			1,62		
—	—	1	0,34	—	—	—	—	4	0,24	10,43		0,13	5.08	
—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,06			0,03		
1	0,3	—	—	1	0,28	—	—	2	0,12			0,07		
1	0,3	—	—	—	—	—	—	2	0,12			0,07		
1	0,3	—	—	1	0.28	—	—	3	0.18			0,1		
12	3,65	7	2,41	6	1,68	9	2,08	72	4,34			2,38		
18	5,47	16	5,52	22	6,16	11	2,54	120	7.24			2.97		
—	—	—	—	—	—	1	0,23	4	0,24			0,13		
18	5.47	20	6,89	21	5,85	4	0.92	101	6,09			3,34		
14	4,25	4	1,38	10	2,8	8	1,87	72	4,34			2,37		
4	1,21	1	0,34	2	0.56	1	0,23	22	1,33			0,73		
—	—	—	—	—	—	1	0,23	4	0.24			0,13		
14	4,25	12	4.14	18	5.42	37	8,54	190	11.46			0,28		
1	0,3	—	—	—	—	1	0,23	7	0,42			0,23		
—	—	2	0.69	—	—	—		2	0,12			0,07		
—	—	2	0.69	1	0,28	2	0,46	9	0,54			0,26		
—	—	—	—	—	—	—	—	3	0,18			0,1		
13	3,92	6	2,07	5	1,4	13	3	88	5,34			2,58		
—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,06			0.03		
—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,06			0,03		
—	—	1	0,34	—	—	—	—	2	0,12			0.07		
—	—	1	0,34	—	—	—	—	1	0,06			0.03		
2	0,61	3	1,03	4	1,12	2	0 46	15	0,9			0.49		
2	0.61	—	—	2	0,56	—	—	11	0,66			0.36		
—	—	1	0,34	—		—	—	2	0,12			0.07		
1	0,3	2	0,69	1	0,28	8	1,8	29	1,75			0,97		
—	—	1	0,34	3	0,84	2	0.46	23	1,38			0.76		
—	—	1	0,34	2	0,56	—	—	8	0,48			0.26		
—	—	—	—	—	—	1	0,23	2	0,12			0,07		
—	—	—	—		—	2	0.46	5	0,3			0,16		
1	0,3	—	—	1	0,28	—	—	3	0,18			0,1		
—	—	—	—	—	—	2	0,46	8	0,48			0.27		
207	62,91	160	55,17	189	52.91	251	57.96	1637				54,13		
329		290		433		433		3024						

мечаемые, как функциональные, возможно, являются лишь следствиями туберкулезной интоксикации. Поэтому, с уменьшением легочных заболеваний уменьшаются и сердечные и обратно.

13. На 8-м месте—заболевания уха: 2,58% всех осмотренных вместо 1,1% в 1925 г. Увеличение отмечается по всем районам за исключением Гресского, но особенно по Любаньскому, Старобинскому, Копыльскому и Старо-Дорожскому.

14. На 9-месте стоят грыжи: 2,38 всех осмотренных вместо 2,7% в 1925 г. В общем уменьшение на 0,32%.

15. На 10-м месте—малокровие: 0,97% всех осмотренных, вместо 0,32% в 1925 г.

16. На 11-месте—нервные заболевания: 0,76% всех осмотренных вместо 1% в 1925 г.—уменьшение на 0,24%.

По вопросу о распространении заболеваний среди разных национальностей нужно сделать следующие выводы:

1. Поколение 1904 г. обладает большим числом врожденных дефектов и слабее поколения 1903 г. в *совершенно одинаковой степени, как у евреев. так и неевреев:* как среди евреев, так и среди неевреев эти заболевания встречаются в 17,27%.

2. Общее же число заболеваний, связанных с бытом (хирургические, туберкулез и проч.)—на 9,5% больше у неевреев, чем у евреев.

3. *У неевреев в большем числе чем у евреев* встретился туберкулез разных органов (в 3½ раза больше: 2,39% у евреев и 8,77% у неевреев, а вместе с заболеваниями легких: 3,82% у евреев и 11,75% у неевреев; хирургические заболевания, главным образом, конечности: (6,01% у неевреев и 1,91% у евреев); грыжи, болезни уха, узловатое расширение вен.

4. *У еврейских* призывников встретились *больше* чем у неевреев *глазные* заболевания (12,95% у евреев и 7,25% у неевреев), главным образом, за счет дефектов в остроте зрения, а также *аномалии стопы.*

5. Трахома обнаружена в одинаковом числе, как среди евреев, так и неевреев (2,87% у евреев и 2,95% у неевреев).

6. Одинаковый процент заболеваний дали евреи и неевреи по сердцу, физическому недоразвитию, по парше и трихофитии.

7. По остальным болезням—небольшая разница, что можно видеть непосредственно из таблицы. (См. стр. 74-75).

В заключение повторю сказанное мною при разработке материалов призыва 1925 г.: для того, чтобы иметь правильное представление о состоянии здоровья мужской половины населения, целесообразно обрабатывать материал призывных комиссий из года в год и по всем округам и, что эту работу должны выполнять тубдиспансеры, как заинтересованные в этом по сущности своей задачи.

Диспансеризация легочных больных по б. Борисовскому Округу за 1924-1927 г. г.

Д-р Соболевский, А. И.

Борисовский Округ занимает центр Белоруссии вообще и западную часть Белоруссии Советской. Площадь его равна 11.954 кв. килом.=1.046.355 десятинам. Из всей земельной площади—37%—под лесами, 28%—под пашней, 12%—под лугами, 23%—неудобной (в большинстве—болота). Почва—крайне бедна, весьма много заболоченных мест, камней. Климат—весьма влажный. Вследствие незначительности эксплоатируемой площади среди населения господствует малоземельность, делающая сельские хозяйства малопосевными и маломощными, что в свою очередь влечет пауперизацию населения. Хозяйство ведется примитивно, преобладает еще трехполье. Много хозяйств безлошадных и бескоровных. Все это вместе взятое не дает населению возможности ни прокормиться своим хлебом, ни использовать полностью всю имеющуюся рабочую силу: ежегодный привоз чужого хлеба доходит до 400.000 п. Отсюда—недоедание, питание суррогатами, отсюда—прадедовские лапти, неграмотность, антисанитарность жилищ, невежество. Коммунальное благоустройство городов, а тем более сельских местностей, по данным М. И. Барсукова („Бел. Мэд. Дум.“ № 7-9—26 г.) находится в крайне тяжелом состоянии. „Отсутствие канализации, рационального водоснабжения, разрушенность жилых построек, примитивный тип крестьянской избы превращают (говорит этот автор) населенные местности в очаги непрекращающихся эпидемий“. Хотя это говорится в отношении Белоруссии всей, но эти слова вполне приложимы и к части ее—к Борисову и Борисовскому Округу. По данным того же автора Белоруссия занимает почти первое место в Союзе по заболеваемости всеми инфекциями. Экономический, культурный и административный центр Округа (Борисов и Ново-Борисов) недалеко ушел от сельских местностей.

Борисов представляет старый уездный город, похожий по своему „благоустройству“ на тысячи других подобных русских городов. В 1920 г. половина города была сожжена белополяками, и это резко обострило и без того резкий квартирный кризис. Население—мелкие собственники, торговцы, ремесленники, служащие и рабочие. Занятия: служба в учреждениях, работа на предприятих и в мастерских, мелкое крестьянское хозяйство, ремесла, мелкая и средняя торговля, извоз, рыболовство. Предприятия и мастерские, исключая Горкомбината (эл. станция, скотобойня, типография и др.), мелкого типа.

Ново-Борисов—б. посад, а теперь часть города, имеющая тенденцию перерасти старый город, сделав его своим придатком. Расположен в 3-4 верстах от Борисова, растет с каждым годом и уже соединился с первым. Начал строиться лет 40 тому назад среди старого соснового леса, но к этому лесу так приложили руки, что теперь среди города имеются только небольшие островки, тающие с каждым

годом. Лес отступил далеко за город. Пред большинством же домов нет ни дерева. Улицы—немощены; ни канализации, ни водопровода нет. Уборные—самого примитивного типа, зачастую расположены в непосредственной близости от колодцев. При белополяках Н-Б. также весьма пострадал. Здесь расположены все фабрики и заводы, которые и являются притягательной силой для избыточного сельского и местечкового населения. Хотя жилищное строительство значительно, тем ни менее приток все новых и новых кадров рабочих на много опережают его и поэтому жилищный голод настолько велик, что вынуждает селиться в сараях и даже землянках. (И не только селятся, но и сдают еще в них углы!).

Население—преимущественно рабочие, небольшая группа служащих, мелкие хозяйчики (домовладельцы), кустари, торговцы. Предприятия—фабрично-заводского типа с числом рабочих и служащих от 150 до 1200 человек. Работа проводится в 2-3-4 смены.

По величине Борисовский Округ—третий в БССР, по плотности населения 5-й.

В округе было населения:

На	1 января	1925 г.	366.513 чел.
„	1 „	1926 „	374.353 „
„	17 „	1927 „	380.360 „

По Борисову и Н.-Б.

На	1 января	1925 г.	19.067 чел.
„	1 „	1926 „	19.546 „
„	17 „	1927 „	25.757 „

Между Б. и Н.-Б. население делится почти поровну, но если по последнему принять во внимание военных, не вошедших в вышеприведенные цифры, то перевес будет за Н. Б.

Такова обстановка, в которой приходится работать Борисовскому Тубдиспансеру.

Диспансер начал работать с 13 октября 1924 года. Находится на госбюджете, при чем сотрудники получают добавочно из фонда „Г“ 15% дотации. Персонала имелось: врачей—3 (в том числе и Заведующий), м/с—2, с/обследовательниц—2, завхоз, регистратор, 2 санитарки, кухарка и сторож, всего 13 человек. С 1927 года штат увеличился на 1 врача и на 1 санитарку.

Штат при той работе, которую развил Диспансер, недостаточный. Врачи ведут прием больных по 3 часа, посвящая остальные 2 часа общественно-профилактической работе. На прием полагается по 4 ч. первичных и 8 ч. повторных, но, в силу громадной обращаемости, приходится принимать ежедневно до 15 человек (на врача). Сестры медицинские—ведут взвешивание, антропометрические измерения, выполняют все назначения врача и ассистируют ему при разного рода вливаниях, а также при наложениях пневмоторокса. Количество их крайне недостаточно. Точно также недостаточно и одного регистратора, т. к. Диспансер работает 10 часов в день беспрерывно.

При Диспансере имеются:

1. Диагностическое Отделение на 5 коек (обслужив. работниками Диспансера).
2. Ночной Санаторий на 30 человек (штат отдельный, по фонду „Г“).
3. Детская Площадка на 36 человек (штат—отдельный, за счет фонда „Г“).

За время с 13 октября 1924 года по 1 июля 1927 г. Диспансер посетило:

	1924 г.	1925 г.	1926 г.	1927 г.	Всего
Первичных	470	2.101	2.172	1.384	6.127
Повторных	366	3.902	7.837	4.264	16.369
Итого	836	6 003	10.009	5.648	22.496

Таким образом:

В 1924 г. (при 62 раб. днях) приходилось по 7,5 челов. первичных и по 5,9 чел. повторных на 3-х врачей

В 1925 „ „ 260 „ „ „ 8,1 „ первичных и по 15,0 чел. повторных на 3-х врачей

В 1926 „ „ 270 „ „ „ 9,0 „ первичных и по 29,4 чел. повторных на 3-х врачей.

В 1927 „ „ 146 „ „ „ 10,0 „ первичных и по 30,0 чел. повторных на 3-х врачей.

т. е. посещаемость Диспансера возрастает с каждым годом. При этом посещают не только городские, но и крестьяне из деревень за 80-100 в. Это делает Диспансер Окружным и, накладывая на него определенные обязательства, дает ему право требовать к себе большего внимания.

Посетившие Диспансер делятся:

а) по местожительству:

	1924 г.	1925 г.	1926 г.	1927 г.	Всего	% к общему числу посетивших
Борисов	151(32%)	925(44%)	793(36%)	329(24%)	2.198	35
Н.-Б.	298(63%)	875(42%)	1039(48%)	635(46%)	2.847	47
Б. Округ.	21(5%)	301(15%)	340(16%)	420(30%)	1.082	18
Итого	470	2.101	2.172	1.384	6.127	100

Таким образом город, давший в первые годы максимальный % посещений, в последующие начинает отставать. Об'ясняется это тем, что городское (борисовское) население почти исчерпало своих tbc. больных. Н.-Б. занял стационарную высоту—42-48%. Об'ясняется это ежегодным приростом рабочих. И, наконец, сельские местности дают неуклонный рост посещений, как в абсолютном, так и в % отношении: среди населения вообще и сельского—в особенности Диспансер считается высшим консультирующим учреждением, последним прибежищем. Немножко смешно, но факт на лицо.

б) по национальному составу:

Нац. группы	1924 г.	1925 г.	1926 г.	1927 г.	Всего	% к общему числу
Белоруссов . .	236(50%)	1306(62%)	1363(63%)	955(69%)	3.860	61
Евреев . .	124(26%)	561(27%)	550(25%)	260(21%)	1.395	25
Поляков . .	18(4%)	85(4%)	102(5%)	63(4%)	268	4
Великороссов .	56(12%)	114(5%)	107(5%)	77(6%)	354	7
Прочих . .	36(8%)	35(2%)	50(2%)	29(2%)	150	3
Итого .	470	2.101	2.172	1.384	6.127	100

Как видим, все национальные группы, исключая белоруссов и „прочих“ (украинцы, литовцы, татары и проч.), в первый же год дают посещаемость определенной высоты, на которой и держатся в последующие годы. Белоруссы только во второй год достигают своей средней, на которой точно также держатся в дальнейшем (с некоторой тенденцией к увеличению). Об'ясняется это тем, что белоруссы, как масса сельская (это относится и к части рабочих), отличаются более консервативным подходом к своему здоровью. И только после санитарной обработки их они осознали значение Тубдиспансера. Зато поднявшись до 62%, посещаемость продолжает возрастать. Да оно и должно так быть, потому что сведения о Диспансере с каждым месяцем проникают все дальше и дальше, в глухие углы; он завоевывает среди населения все больший и больший авторитет. А все это, при громадной зараженности белорусского населения tbc., дает все новых и новых пациентов. Вторая по численности группа населения—евреи—сразу дала 26% посещения. Остановившись на этом уровне, оно проявляет склонность к незначительному понижению. Поляки, великоруссы и прочие представляют в Округе незначительные группы и потому понижение % посещаемости ими Диспансера вполне естественно: Диспансер успел уже более или менее охватить их. Что это действительно так, говорит соотношение средних величин этих групп вне—диспансерской плоскости (средние числа городского и сельского населения определенных национальных групп).

А именно:

Нац. группы	% по городу	% по округу	Средний % городского и сельского населения
Белоруссы . .	42,4	83,0	62,7
Евреи . .	39,6	8,6	24,2
Поляки . .	5,5	3,4	4,4
Великоруссы .	11,2	4,6	7,9
Прочие . .	1,3	0,4	0,8

Правда, эта средняя условна, но постольку, поскольку элементы этой же условности имеются и в предыдущей таблице, мы имеем право сравнивать полученные цифры. А говорят они, что обращаемость в Диспансер национальных групп нашего округа подошла к своей средней. Исключением являются „прочие", которые отклонились от своей средней весьма резко в первый год и продолжают отстоять от нее и теперь. Об'ясняется это тем, что эта группа в большинстве состоит из беженцев империалистической и гражданской войны, осевших на заводах Н.-Борисова или получивших скудные клочки земли из б. помещичьих усадьб. Естественно, что они, как не имеющие квалификации и работающие в большинстве случаев чернорабочими, являются наименее обеспеченными и не могут ни хорошо питаться, ни хорошо одеться, ни нанять сносную комнату. А все это—делает их наименее устойчивыми в отношении инфекций.

в) по полу и возрасту:

Возраст	1924 г.		1925 г.		1926 г.		1927 г.		Всего	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
1—4	3	2	31	45	51	41	48	43	135	131
5—8	5	9	55	61	40	52	38	43	138	145
9—12	18	28	78	167	71	65	89	100	232	360
13—14	11	7	45	63	38	50	27	35	121	155
15—16	13	7	53	33	53	43	28	25	147	108
17—20	38	21	190	124	175	142	74	75	477	362
21—25	84	47	229	218	284	202	151	155	748	618
26—30	55	32	198	157	214	147	74	96	541	432
31—35	25	12	99	60	134	65	46	45	304	182
36—40	18	7	49	46	85	49	35	52	187	154
41—50	14	8	47	30	80	43	29	43	170	124
51—60	1	5	9	14	33	12	17	20	60	48
61—70	—	—	2	8	11	7	13	14	26	29
св. 70	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2
Итого	285	185	1084	1017	1258	914	643	741	3.270	2.857
	470		2101		2.172		1.384		6.127	

Отмечается, что посещаемость среди подростков становится максимальной:

для мальчиков в 12-14 и 17-18 лет
для девочек в 12-13 и 17-18

Среди взрослых:

и для мужчин
и для женщин—в 21-25,

т. е. для первых в период полового созревания и устройства на работу, а для вторых—в период, когда мужчина становится окончательно на собственные ноги, а женщина—выходит замуж, становится матерью.

г) По социальному положению:

Наимен. групп	24 г.	%	25 г.	%	26 г.	%	27 г.	%	Всего	%
Рабочие	197	42	639	30	806	37	296	21	1938	35
Служащие	55	12	259	12	237	11	120	10	671	12
Иждив. раб. и сл.	135	28	713	34	599	28	427	30	1874	30
Крестьяне	21	5	284	14	321	15	344	26	970	13
Партийцы	5	1	9	0,4	9	0.4	—	—	23	0,5
Жел.-дор.	2	0,4	23	1	33	2	23	2	81	1
Военные	30	7	48	23	74	3	72	5	224	3
Безработные	8	2	6	0,3	16	1	22	2	52	1
Инвалиды	3	1	5	0,1	10	0,4	10	1	28	0,5
Учащиеся	14	3	80	3	24	2	11	1	128	3
Не застрах.	—	—	35	2	44	2	59	4	138	3
Итого	470	—	2101	—	2172	—	1384	—	6127	—

Таким образом превалирует обращаемость застрахованных и их иждивенцев—всего 77%. Далее идут приравниваемые к застрахованным крестьяне-землеробы, железнодорожники, военные, безработные, инвалиды и учащиеся, которые все вместе составляют 21%. На долю незастрахованных приходится 2%.

По союзам застрахованные делятся:

Союзы	24 г.	%	25 г.	%	26 г.	%	27 г.	%	Всего	% к общ. числу посетивших
Химики	82	17	307	15	353	16	134	10	876	34
Деревообдел.	57	13	130	6	159	7	29	2	375	15
Бумажники	18	4	48	2	39	2	37	3	142	5
Пищевики	2	04	18	1	77	4	4	03	101	4
Печатники	8	2	52	3	67	3	24	2	151	5
Кожевники	8	2	22	1	22	1	4	03	56	2
Металлисты	4	1	8	05	11	1	5	03	28	1
Швейники	12	5	8	04	12	1	51	4	83	3
Строители	5	1	21	1	28	1	2	01	56	2
Транспорт	—	—	4	01	7	04	2	01	13	0.6
Рабземлес	1	02	21	1	31	2	4	03	57	2
Медработ.	13	3	47	3	70	3	21	2	151	6
Рабпрос	8	2	71	3	38	2	39	3	156	6
Совторгслуж.	18	4	92	4	75	3	40	3	225	9
Рабис	2	01	6	03	4	02	6	04	18	0.7
Коммунал.	4	1	14	1	12	1	4	03	34	1
Нарсвязь.	4	1	6	03	14	1	2	01	26	1
Нарпит	6	1	23	1	24	1	8	08	61	2
Итого	252	—	898		1043	—	416	—	2609	100

% высчитан к общему числу посещений за год

Таким образом наибольшую обращаемость дают химики и деревообделочники, а наименьшую—транспортники, нарсвязь и рабис. Но цифры эти зависят от величины данного союза и служат лишь показателем большей или меньшей активности членов этого союза в отношении оздоровления как самих себя, так и своих семейств.

Посмотрим теперь, как распределяются рабочие по предприятиям

Наименов. предпр.	24 г.	%	25 г.	%	26 г.	%	27 г.	%	Всего	Примечание
Березина .	63	32	198	30	195	24	72	24	528	Спичечн. фабрика
Домбаль . .	18	9	104	16	151	19	58	20	331	Стекольн. завод
Гончарники .	1	05	5	1	7	1	4	1	17	3 посудно-керамич. зав.
Рабочий . .	11	6	13	2	57	7	5	1	86	Обувн. колодки и деревян. гвозди
Свобода . .	3	2	12	2	16	2	2	1	33	
Коминтерн .	35	17	87	14	68	8	17	6	207	Строит. матер.. фанера клепка, древесная стружка
Р. Люксемб. .	8	4	18	3	18	2	5	1	49	
Ленин . .	2	1	18	3	77	10	4	1	101	Дрожжев. завод
Профинтерн .	18	9	48	8	39	5	36	12	141	Бумажный завод
Металлист .	4	2	8	1	11	1	5	1	28	Метал. зав., электр. станц.
Кожевники .	8	4	22	3	22	3	4	1	56	2 кож. зав., сапожн. маст.
Типография .	3	2	32	5	29	4	17	6	81	
Швейники .	12	6	8	1	9	1	45	14	74	Коллект. „Швейпром", одиночки
Чулочники .	—	—	—	—	3	03	2	1	5	Коллект. чулочников
Строители .	5	3	21	3	28	4	6	3	60	
Транспорт. .	—	—	4	06	7	08	3	1	14	
Рабземлес .	1	05	21	3	31	4	4	1	57	Батраки, с.-х. раб. и служ.,
Мешечники .	5	3	20	2	38	5	7	3	70	Коллект. по выделке бум. мешков
Итого .	197	—	639	—	806	—	296	—	1938	

% взят по отношению ко всему числу рабочих за год

Как уже было сказано, цифры, характеризующие посещаемость той или иной группы, носят сравнительно невинный характер. Но совсем иное значение приобретают они, когда мы посмотрим на результаты осмотра посетивших Диспансер, а найдено было следующее:

Наименование групп	Легочный туберкулез										Туберку			
	24 г.	%	25 г.	%	26 г.	%	27 г.	%	Всего	На 1000 ч.	24 г.	%	25 г.	%
Рабочие . .	100	51	243	38	229	28	54	18	626	313	8	4	40	6
Служащие .	31	56	111	43	75	32	47	40	264	393	3	6	14	5
Ижд. раб. и сл.	36	27	122	17	118	20	46	12	322	161	46	34	300	42
Крестьяне . .	15	71	180	63	163	54	136	40	494	490	1	5	14	6
Партийцы	—	—	4	47	4	47	—	—	8	348	—	—	2	22
Жел.-дор. . .	—	—	5	22	9	29	2	9	16	200	1	50	4	17
Военные . .	5	16	12	25	21	27	4	6	42	187	—	—	3	6
Безработные .	7	87	4	66	10	2	4	18	25	480	—	—	—	—
Инвалиды . .	3	100	4	80	3	30	—	—	10	356	—	—	—	—
Учащиеся .	3	21	9	11	7	30	2	18	21	164	5	36	37	46
Незастрах. .	—	—	8	23	19	43	9	15	36	260	—	—	21	60
Итого . .	200	—	702	—	658	—	302	—	1864	310	64	—	435	—

Наименование групп	Др. легочн. забол. (бронх., плеврит, воспал. и т. д.)										Прочие забо			
	24 г.	%	25 г.	%	26 г.	%	27 г.	%	Всего	На 1000 ч.	24 г.	%	25 г.	%
Рабочие . .	37	18	177	28	187	23	66	22	467	243	19	9	118	18
Служащие .	9	16	54	20	54	23	26	22	143	210	6	10	51	19
Иждивенцы .	17	13	107	14	96	16	54	13	274	140	15	11	124	17
Крестьяне . .	3	14	51	17	39	12	52	15	145	143	2	9	23	7
Партийцы . .	2	40	2	22	3	33	—	—	7	260	—	—	1	11
Жел.-дор. . .	—	—	9	39	10	30	5	22	24	300	—	—	4	17
Военные . .	15	50	15	31	23	31	23	32	76	340	—	—	8	16
Безработн. .	1	13	—	—	3	18	3	14	7	135	—	—	—	—
Инвалиды . .	—	—	—	—	3	30	1	10	4	143	—	—	1	20
Учащиеся . .	3	21	11	14	6	26	2	18	22	200	2	14	12	15
Незастрах. .	—	—	1	3	10	12	10	16	21	152	—	—	5	14
Итого .	87	—	427	—	434	—	242	—	1190	198	44	—	347	—

% высчитан по отношению ко всей данной группе, посетившей Диспансер в определен-

лез желез						Туберкулез др. органов (кожи, костей, глаз и др.)									
26 г.	%	27 г.	%	Всего	На 1000 ч.	24 г.	%	25 г.	%	26 г.	%	27 г.	%	Всего	На 1000 ч.
19	2	9	3	76	48	1	05	2	03	6	1	1	05	10	5
3	1	—	—	20	30	1	2	2	1	2	1	—	—	5	7
160	29	137	32	643	340	3	2	15	2	21	4	5	1	44	23
17	5	38	10	70	72	—	—	8	3	13	4	11	3	32	33
—	—	—	—	2	90	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	6	6	26	13	160	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	5	—	—	7	31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	6	1	5	2	40	—	—	2	33	—	—	—	—	2	40
—	—	1	10	1	30	—	—	—	—	1	10	1	10	2	60
2	7	—	—	44	343	—	—	1	1	1	4	—	—	2	16
7	16	10	16	38	280	—	—	—	—	2	5	—	—	2	14
215	—	202	—	916	153	5	—	30	—	46	—	18	—	99	16

лев. (не легочные)						Здоровые									
26 г.	%	27 г.	%	Всего	На 1000 ч.	24 г.	%	25 г.	%	26 г.	%	27 г.	%	Всего	На 1000 ч.
216	26	114	—	467	243	37	18	60	9	147	18	52	—	296	148
75	31	38	—	170	251	5	9	24	9	26	10	10	—	65	100
153	25	144	—	436	232	18	13	45	6	51	8	41	—	155	83
74	23	94	—	193	200	—	—	8	2	15	4	13	—	36	36
1	11	—	—	2	89	2	40	—	—	1	11	—	—	3	130
9	27	8	—	21	257	1	50	1	4	3	9	2	—	7	86
18	24	21	—	47	209	10	33	10	20	8	10	24	—	52	232
2	12	12	—	14	269	—	—	—	—	—	—	2	—	2	38
3	30	6	—	10	357	—	—	—	—	—	—	1	—	1	36
5	21	6	—	25	200	1	5	10	12	2	9	2	—	15	117
8	18	20	—	33	239	—	—	—	—	—	—	10	—	10	72
564	—	463	—	1418	236	74	—	158	—	253	—	157	—	642	107

ный год. По такому же точно принципу велось исчисление в графе „на 1000 человек"

Рассматривая эту таблицу, мы видим, что больше всего туберкулезных больных оказалось среди крестьян и безработных. Далее идут служащие, инвалиды, партработники, рабочие. Наименьшую цифру дали взрослые иждивенцы, учащиеся и военные. В отношении крестьян приходится еще, к сожалению, отметить, что они являются с наиболее запущенными формами, которые на месте (на медучастках) зачастую диагностируются как застарелые, часто обостряющиеся бронхиты. А исследование мокроты такого „бронхитика“ дает много палочек Коха. Туберкулез желез преобладает у тех групп, которые состоят из детей, подростков и юношества. Это—часть „иждивенцев“, железнодорожники, незастрахованные и учащиеся. К последним отнесены почти исключительно слушатели педагогического и сельско-хозяйственного техникумов, слушатели общеобразовательных курсов и рабфаковцы, т. е. молодежь в возрасте от 16 до 20 лет. Казалось бы, здесь можно ожидать большего благополучия, а между тем—большой % больных. Это будет понятно, если принять во внимание, что стипендии их равняются 9—12 р. в месяц, жилищная скученность—громадна и учебная нагрузка, вследствие слабой общей подготовки, особенно тяжела. Особенно усиливается обращаемость учащихся к концу учебного года. Среди туберкулеза „прочих органов“ преобладает костный. Правда, цифра 99 за 4 года невелика, но необходимо принять во внимание, что подавляющее большинство таких больных проходит мимо Диспансеров, через руки хирурга, окулиста, врача по кожным. Лечение ведется путем впрыскиваний соответствующих эмульсий. Преобладает костный туберкулез у инвалидов (что, собственно говоря, и привело их к инвалидности), среди безработных, крестьян и части иждивенцев. Легочные заболевания не-туберкулезного характера, как-то бронхиты, плевриты, эмфиземы и т. д. преобладают у военных (гл. образом, территориальники). у железнодорожников и у тех рабочих, которые заняты работой под открытым небом и на реке.

„Прочие“ заболевания преобладают у железнодорожников, иждивенцев, служащих и рабочих. Здесь попадается огромное количество неврастеников (от средних до весьма тяжелых форм), много с заболеваниями сосудисто-сердечной системы, желудочно-кишечного тракта, женской половой сферы. Среди обращающихся без всякой надобности в Диспансере преобладают военные.

В отношении предприятий (рабочие) и союзов (служащие) те же сведения дают следующую картину (См. табл. стр. 87-89).

Анализируя две последние таблицы, видим, что наибольшее число легочного туберкулеза оказалось у коминтерновцев, транспортников, гончарников и работников земли и леса, т. е. у лиц, работающих, главным образом, под открытым небом. За ними идут кожевники, металлисты, колодочники с фабр. „Свобода“, спичечники. Это—у рабочих. У служащих число туберкулезных вообще велико, но особенно выделяется у коммунальников, у связистов, у рабпросовцев и у совторгслужащих. За ними идут работники искусства и медработники.

Туберкулез желез занимает небольшое место. Преобладает у кожевников, строителей и некоторых других групп—как раз у тех, где имеется значительное число подростков (бронь). Точно также небольшое место занимает и „туберкулез др. органов“.

Легочные заболевания не-туберкулезного характера сильно распространены у деревообделочников зав. „Р. Люксембург“, где имеются некоторые специфические условия, отличающие этот завод от других, ему подобных.

б) Среди служащих:

Наименование союзов	Туберкул. легких										Туберкул. желез										Туберкул. др. органов									
	24 г.	%	25 г.	%	26 г.	%	27 г.	%	Всего	На 1000	24 г.	%	25 г.	%	26 г.	%	27 г.	%	Всего	На 1000	24 г.	%	25 г.	%	26 г.	%	27 г.	%	Всего	На 1000
Медсантруд . . .	9	69	18	40	16	23	6	28	49	326	1	7	1	2	1	1	—	—	3	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Совторгслужащих .	9	50	37	40	28	37	22	55	96	426	1	6	5	5	2	3	—	—	8	35	—	—	1	1	—	—	—	—	1	4
Рабпрос . . .	4	50	35	49	19	50	11	28	69	442	1	13	7	10	—	—	—	—	8	51	—	—	—	—	1	2	—	—	1	7
Нарпит . . .	2	33	7	30	6	25	1	13	16	100	—	—	1	4	—	—	—	—	1	6	1	16	—	—	1	5	—	—	2	12
Коммунальн. . .	2	50	10	71	3	21	2	50	17	484	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Рабис . . .	1	50	2	33	—	—	3	50	6	333	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Н.-Связь . . .	4	100	2	33	3	21	2	100	11	440	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	17	—	—	—	—	1	40
Итого .	31	60	111	43	75	31	47	38	264	390	3	5	14	5	3	1	—	—	20	29	1	1	2	8	2	1	—	—	5	7

Наименование союзов	Друг. легочн. заболев.										Прочие заболевания										Здоровые									
	24 г.	%	25 г.	%	26 г.	%	27 г.	%	Всего	На 1000	24 г.	%	25 г.	%	26 г.	%	27 г.	%	Всего	На 1000	24 г.	%	25 г.	%	26 г.	%	27 г.	%	Всего	На 1000
Медсантруд . . .	1	7	12	26	18	26	6	30	37	250	2	2	11	24	23	33	9	45	45	300	—	—	5	10	12	17	—	—	17	113
Совторгсл. . . .	—	—	22	24	10	1	7	18	39	170	4	22	16	17	25	33	8	20	53	340	4	22	11	12	10	13	3	7	28	126
Рабпрос . . .	3	38	11	5	5	13	9	22	28	160	—	—	14	20	9	24	15	37	38	230	—	—	4	6	4	10	4	10	12	79
Нарпит . . .	3	50	6	26	11	41	2	25	22	137	—	—	6	26	4	17	3	3	13	81	—	—	3	13	2	8	1	1	6	37
Коммунальн. . .	—	—	3	21	3	25	1	25	7	200	—	—	1	7	6	50	2	50	9	257	1	25	—	—	—	—	1	25	2	57
Рабис . . .	1	50	1	16	2	50	1	16	5	277	—	—	2	33	2	50	1	16	5	277	—	—	1	13	—	—	1	16	2	111
Н.-Связь . . .	—	—	2	33	5	35	—	—	7	280	—	—	1	16	6	43	—	—	7	280	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Итого .	8	14	57	22	54	22	26	22	145	217	6	10	51	20	75	31	38	32	170	254	5	9	24	9	28	11	10	5	67	100

а) Среди рабочих:

Наимен. групп	Туберкулез легких										Туберку			
	24 г.	%	25 г.	%	26 г.	%	27 г.	%	Всего	На 1000	24 г.	%	25 г.	%
Березина	39	62	77	39	46	23	13	18	175	335	2	3	10	5
Домбаль	10	56	43	41	58	38	15	26	126	300	2	11	9	9
Гончарники	1	100	2	40	4	57	—	—	7	411	—	—	—	—
Рабочий	6	55	4	31	16	28	—	—	26	302	—	—	—	—
Свобода	2	67	4	33	6	37	—	—	12	363	—	—	—	—
Коминтерн	12	34	45	52	25	37	6	35	88	440	2	6	2	2
Р. Люксембург	4	50	4	22	3	17	1	20	12	244	—	—	1	6
Ленина	1	50	3	17	16	21	2	50	22	220	—	—	2	11
Профинтерн	8	44	10	21	8	21	2	6	28	200	—	—	5	10
Металлисты	1	25	3	38	4	36	2	50	10	360	—	—	—	—
Кожевники	5	63	9	41	6	27	1	25	21	375	—	—	4	2
Рабземлес	—	—	13	62	8	26	3	75	24	400	—	—	1	5
Типогр.	2	67	7	22	8	30	1	6	18	222	—	—	2	6
Швейники	3	25	3	38	4	44	4	9	14	190	2	17	—	—
Строители	2	40	6	29	7	25	2	33	17	300	—	—	2	9
Транспортники	—	—	4	100	1	14	2	66	7	500	—	—	—	—
Мешечники	4	80	6	27	9	24	—	—	19	271	—	—	2	10
Итого	100	57	243	36	229	28	54	19	626	320	8	4	40	6

Наимен. групп	Другие легочные заболевания										Прочие			
	24 г.	%	25 г.	%	26 г.	%	27 г.	%	Всего	На 1000	24 г.	%	25 г.	%
Березина	10	15	48	24	39	20	14	20	111	200	5	8	44	22
Домбаль	5	28	31	30	42	28	8	14	86	261	—	—	14	13
Гончарники	—	—	1	20	2	28	2	50	5	300	—	—	1	20
Рабочий	3	27	5	38	10	18	5	100	23	260	—	—	2	15
Свобода	1	33	6	50	3	19	2	100	12	360	—	—	1	8
Коминтерн	3	9	13	15	12	18	6	37	34	170	4	11	21	24
Р. Люксембург	2	25	11	61	5	28	3	60	21	420	—	—	2	11
Ленин	—	—	9	50	15	19	—	—	24	240	—	—	1	55
Профинтерн	3	17	20	41	9	23	8	22	40	284	3	16	7	15
Металлист	2	50	3	38	3	27	1	20	9	300	1	25	—	—
Кожевники	—	—	6	27	7	32	1	25	14	107	—	—	3	14
Типография	—	—	8	25	10	34	4	23	22	275	1	33	7	22
Швейники	6	50	2	25	—	—	4	10	12	160	—	—	2	17
Чулочники	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Строители	1	20	4	19	9	32	4	66	18	300	—	—	7	33
Транспортн.	—	—	—	—	—	—	1	33	1	250	—	—	—	—
Мешечники	1	20	6	30	7	18	2	30	16	218	—	—	4	20
Рабземлес	—	—	4	19	13	42	1	25	18	316	—	—	2	10
Итого	37	18	177	27	186	23	66	22	466	233	14	7	118	20

лез желез						Туберкулез других органов									
26 г.	%	27 г.	%	Всего	На 1000	24 г.	%	25 г.	%	26 г.	%	27 г.	%	Всего	На 1000
2	1	2	3	16	30	—	—	—	—	1	05	—	—	1	2
6	4	1	2	18	60	—	—	—	—	1	06	—	—	1	3
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	5	—	—	3	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	4	20	—	—	1	1	1	2	—	—	2	10
2	11	—	—	3	60	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	2	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	3	3	9	9	64	—	—	—	—	—	—	1	2	1	6
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	5	—	—	5	90	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	18	1	100	—	—	—	—	—	—	1	17
2	7	1	6	5	62	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	2	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	4	1	16	4	66	—	—	1	5	2	7	—	—	3	50
1	14	—	—	1	71	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	1	14	3	43	—	—	—	—	1	3	—	—	1	14
19	2	9	3	76	38	1	05	2	03	6	07	1	03	10	5

заболевания						Здоровые									
26 г.	%	27 г.	%	Всего	На 1000	24 г.	%	25 г.	%	26 г.	%	27 г.	%	Всего	На 1000
78	40	30	43	157	279	7	11	19	9	29	15	10	14	65	123
29	19	22	38	65	200	1	6	7	7	15	10	11	19	34	103
—	—	2	50	3	150	—	—	1	20	1	14	—	—	2	100
14	25	—	—	16	187	2	18	2	15	14	25	—	—	18	209
7	44	—	—	8	242	—	—	1	33	1	8	—	—	2	60
12	18	3	17	40	190	14	20	5	6	18	27	3	17	40	190
7	39	1	20	10	200	2	25	—	—	1	6	—	—	3	60
18	23	2	50	21	210	1	50	3	16	28	36	—	—	32	320
11	28	18	50	39	279	4	22	6	12	10	26	2	6	22	157
3	27	2	40	6	200	—	—	2	25	1	9	—	—	3	100
6	27	1	25	10	180	3	38	—	—	2	8	1	25	6	107
8	28	9	53	25	312	—	—	8	25	1	3	2	12	11	137
2	22	17	38	21	280	1	8	1	13	3	33	18	38	23	307
3	100	2	100	5	1000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	7	1	16	10	167	2	40	2	9	7	25	—	—	11	183
2	29	—	—	2	500	—	—	—	—	1	14	—	—	1	250
10	26	4	57	18	257	—	—	2	10	11	29	5	71	18	257
5	16	—	—	7	123	—	—	1	5	5	16	—	—	6	106
217	27	118	39	467	233	37	18	60	9	148	19	52	19	297	148

Далее, они значительны у колодочников со „Свободы", у металлистов, у гончарников. По поводу не-легочных заболеваний обратилось много чулочниц, транспортников, рабочих типографии, совработников и медработников. Большой % здоровых оказался среди обращавшихся с дрожжевого зав. им. Ленина, у швейников. При анализе всех этих цифр может возникнуть возражение, что Диспансер имеет дело с искусственно подобранным материалом, а потому эти цифры не отражают истинной картины. Считаю необходимым указать, что все предприятия и союзы, исключая рабпросовцев, работников земли и леса, связистов и нарпитовцев (по линии домашних работниц), обследованы Диспансером на 85—95%, благодаря чему все (почти) подозрительное взято под наблюдение.

В таком же почти % обследованы школы и детдома. Таким образом рассматриваемый материал отнюдь не является случайным и позволяет делать определенные выводы.

Посмотрим теперь, какие формы легочного туберкулеза наблюдались (См. таблицы стр. 91-93).

Из этих таблиц видно, что наиболее частой формой является—среди всех групп—AI, т. е. форма наиболее ранняя и, конечно, наиболее благоприятная. С другой стороны ее превалирование указывает и на то, что в Диспансер стали обращаться своевременно, что ему удалось перевоспитать массу в определенном направлении. Исключением, к сожалеиию, являются пока землеробы, среди которых еще весьма велик % далеко зашедшего туберкулеза. Так, в то время, когда среди рабочих и служащих CI—CIII или отсутствует или почти отсутствует, а BI—BIII сравнительно невысоки, эти же формы у землеробов достигают весьма высоких цифр.

Посмотрим теперь, какие же результаты получились от работы Диспансера—лечебной и санитарно-культурно-просветительной. (См. таблицы стр. 94).

Таковы результаты работы Диспансера: 37% туббольных восстановили свою работоспособность полностью, 35% восстановили ее в значительной мере, у 19% процесс стабилизировался и только 9% выбыли из строя—или как инвалиды или за смертью.

В чем же заключалась лечебная и общественно-санитарно-профилактическая работа Диспансера?

а) Лечебная работа.

1) Медикаментозная помощь (из расчета по 1/3 рецепт. на чел.) 2.492 чел.
2) На вливаниях Ca Cl_2 143 человека . . . . (всего влив. 1320)
3) „ впрыскив. Kreosot'a 123 чел. . . . („ впрыск. 4920)
4) „ „ Arsenic 2009 „ . . . . („ „ 70815)
5) „ „ Tuberculin'a 270 чел. . . . („ 16200)
6) „ „ разн. эмульсий (при костн. tbc.) 67 ч. („ „ 8040)
7) „ разных др. впрыскив. 19 чел. . . (. . 128)
8) Наложение пневмоторакса 37 чел. . . . („ вдуван. 617)
9) Гелиотерапия.

б) Общественная работа. При Диспансере имеется Совет Соц. Помощи, состоящий, главным образом, из представителей туб'ячеек с предприятий. В своей работе Диспансер связан с партийными и профессиональными организациями, с Женотделом. с ЛКСМ, с Бюро Пионеров, со всеми завкомами, с Окрисполкомом и Горсоветом, со школами (через школьн. врачей), с консультациями и, наконец, со всеми участковыми врачами.

а) у рабочих:

Формы т-за		Березина	Домбаль	Гончарн.	Рабочий	Свобода	Коминт.	Р. Люксемб.	им. Ленина	Профинтерн.	Металлист.	Кожевник.	Типограф.	Швейники	Строит.	Транспорт.	Мешечн.	Рабземлес	Итого
AI	24	25	4	1	2	2	5	3	—	6	1	3	2	1	2	—	2	—	59
	25	57	25	1	3	4	26	1	1	7	2	9	6	2	2	3	2	9	160
	26	32	39	4	14	4	14	3	12	5	2	6	3	1	5	—	5	3	152
	27	9	11	—	—	—	4	1	2	2	1	1	1	2	1	1	—	2	38
AII	24	11	2	—	2	—	4	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	22
	25	13	8	—	1	—	11	1	1	1	1	—	—	—	2	—	2	3	44
	26	4	8	—	2	1	5	—	4	2	—	—	2	2	1	1	2	2	36
	27	1	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	7
AIII	24	1	1	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	8
	25	5	8	—	—	—	4	1	—	1	—	—	1	—	—	1	2	—	23
	26	4	5	—	—	1	3	—	—	1	—	—	2	1	—	—	1	2	20
	27	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	4
BI	24	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	4
	25	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	.	1	—	—	—	—	4
	26	6	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	11
	27	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
BII	24	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	3
	25	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2
	26	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3
	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
BIII	24	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	4
	25	1	2	1	—	—	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	9
	26	—	2	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	6
	27	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2
CI	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
CII	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
CIII	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	27	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2
Из них:		175	126	7	26	12	88	12	22	28	10	21	18	14	17	7	19	24	626
Активн.		39	10	1	6	2	12	4	1	8	1	5	2	3	2	—	4	—	100
		67	40	2	3	4	36	4	3	9	2	7	6	2	4	4	5	12	210
		39	50	2	7	4	21	3	12	8	3	6	7	4	6	1	7	8	188
		10	13	0	0	0	3	1	2	2	2	1	1	4	2	2	—	3	46
Неактивн.		0	0	0	0	0	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		10	3	0	1	0	9	—	—	1	1	2	1	1	2	—	1	1	33
		7	8	2	9	2	4	—	4	—	1	—	1	—	1	—	2	—	41
		3	2	0	0	0	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8

б) у служащих:

Формы туб—за		Медсантруд	Совторгслужащих	Рабпрос	Нарпит	Коммунальн.	Рабис	Н. Связь	Итого
AI	24	7	4	2	2	2	—	1	18
	25	14	20	21	5	7	2	2	71
	26	12	21	13	3	3	—	3	55
	27	4	12	6	1	1	2	1	27
AII	24	2	3	1	—	—	1	3	10
	25	2	8	8	2	1	—	—	21
	26	2	2	—	2	—	—	—	6
	27	1	3	2	—	1	1	1	9
AIII	24	—	1	—	—	—	—	—	1
	25	1	4	2	—	1	—	—	8
	26	1	1	4	1	—	—	—	7
	27	1	3	1	—	—	—	—	5
BI	24	—	—	—	—	—	—	—	—
	25	—	—	—	—	—	—	—	—
	26	—	—	—	—	—	—	—	—
	27	—	1	1	—	—	—	—	2
BII	24	—	—	1	—	—	—	—	1
	25	1	1	—	—	1	—	—	3
	26	—	1	2	—	—	—	—	3
	27	—	—	1	—	—	—	—	1
BIII	24	—	1	1	—	—	—	—	2
	25	—	1	1	—	—	—	—	2
	26	1	3	—	—	—	—	—	4
	27	—	2	—	—	—	—	—	2
CI	24	—	—	—	—	—	—	—	—
	25	—	—	—	—	—	—	—	—
	26	—	—	—	—	—	—	—	—
	27	—	—	—	—	—	—	—	—
CII	24	—	—	—	—	—	—	—	—
	25	—	—	—	—	—	—	—	—
	26	—	—	—	—	—	—	—	—
	27	—	—	—	—	—	—	—	—
CIII	24	—	—	—	—	—	—	—	—
	25	—	3	—	—	—	—	—	3
	26	—	—	—	—	—	—	—	—
	27	—	1	—	—	—	—	—	1
		49	96	67	16	17	6	11	262
Из них:									
активн.		8	9	4	2	2	1	4	30
		16	29	31	6	10	2	1	95
		13	22	17	6	3	—	3	64
		6	20	9	1	2	3	2	43
неактивн.		1	—	—	—	—	—	—	1
		2	8	4	1	—	—	1	16
		3	6	2	—	—	—	—	11
		—	2	0	—	—	—	—	2

в) среди прочих групп:

ФОРМЫ ТУБ—ЗА			Иждивенцы	Крестьяне	Партийцы	Жел.-дор.	Военные	Безработные	Инвалиды	Учащиеся	Незастрахован.	Итого
Компенсированная форма	AI	24	15	5	0	—	4	3	2	2	—	31
		25	19	80	2	4	6	2	1	7	6	187
		26	84	80	4	7	11	6	2	3	13	210
		27	34	64	—	1	2	2	—	2	5	110
	AII	24	6	3	—	—	1	2	—	-	—	12
		25	19	21	1	1	3	0	—	—	—	45
		26	8	8	—	2	6	2	—	1	—	27
		27	—	11	—	—	2	1	—	--	1	13
	AIII	24	4	1	—	—	—	1	—	—	—	6
		25	6	19	—	—	2	—	—	—	1	28
		26	5	18	—	—	2	1	—	—	2	28
		27	4	8	—	—	—	—	—	—	3	15
Субкомпенсиров. форма	BI	24	4	1	—	—	—	—	—	—	—	5
		25	2	4	—	—	—	—	—	—	—	6
		26	2	5	—	—	1	—	—	—	—	8
		27	—	4	—	—	—	—	—	—	—	4
	BII	24	1	4	—	—	—	1	—	—	—	6
		25	3	18	—	-	—	1	—	—	—	22
		26	4	9	—	—	—	—	1	—	—	14
		27	2	8	—	—	—	—	—	—	—	10
	BIII	24	5	1	—	—	—	—	1	—	—	7
		25	9	15	1	—	1	—	3	—	—	29
		26	8	20	—	—	—	1	—		3	32
		27	5	20	—	1	—	1	—	—	—	27
Декомпенсиров. форма	CI	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		25	—	3	—	—	—	—	—	—	—	3
		26	2	2	—	—	—	—	—	—	—	4
		27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	CII	24	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
		25	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2
		26	2	4	—	—	1	—	—	—	2	9
		27	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2
	CIII	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		25	4	18	—	—	—	1	—	—	1	24
		26	3	17	—	—	—	—	—	—	—	20
		27	1	20	—	—	—	—	—	—	—	21
			322	494	8	16	42	25	10	15	36	968
Из них:												
активн.			36	15	—	—	5	7	3	—	--	66
			106	164	3	5	7	3	4	7	8	308
			108	157	4	8	8	9	2	4	18	328
			40	131	—	2	4	4	—	2	8	191
неактивн.			0	—	—	—	—	—	—	—	—	0
			16	16	1	—	5	1	—	—	—	39
			10	6	—	1	3	1	—	—	1	23
			6	5	—	—	—	—	—	—	1	12

Наименов. предприятий, союзов и групп	Выздоровело		Улучшение		Без перемен		Ухудшение	
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
Березина	71	41	49	28	44	25	11	6
Домбаль	48	40	53	42	9	13	6	5
Коминтерн	48	55	17	20	19	20	4	5
Рабочий	19	73	4	16	3	11	—	—
Свобода	10	83	2	17	—	—	—	—
Р. Люксембург	7	58	2	17	3	25	—	—
Профинтерн	16	57	4	14	6	22	2	7
Металлист	4	40	4	40	1	10	1	10
Гончарники	4	60	2	30	1	10	—	—
им. Ленина	7	32	9	40	4	28	—	—
Кожевники	12	57	3	14	4	19	2	10
Типография	6	33	8	44	4	23	—	—
Швейники	5	36	5	36	3	21	1	7
Строители	7	41	8	43	2	16	—	—
Транспортники	2	30	3	43	1	14	1	13
Мешечники	10	53	7	40	4	2	1	5
Рабземлес	6	25	7	30	6	25	5	15
Детдома	5	80	1	20	—	—	—	—
Медработники	16	32	17	34	13	28	3	6
Совработники	37	38	26	27	22	24	11	11
Рабпрос	23	33	38	54	15	9	3	4
Рабис	2	33	1	17	2	33	1	17
Нарпит	6	40	6	40	4	20	—	—
Коммунальн.	6	35	7	41	4	24	—	—
Н. Связь	3	30	6	60	2	10	—	—
Иждивенцы	96	30	121	38	74	23	31	9
Крестьяне	157	32	199	41	66	13	72	14
Партийцы	2	25	3	37	2	25	1	13
Жел.-дор.	5	31	5	31	6	38	—	—
Военные	19	45	11	26	9	21	3	8
Безработные	7	25	13	62	5	13	—	—
Инвалиды	4	40	2	20	3	30	1	10
Учащ-ся	6	40	6	40	2	15	1	5
Незастрах.	8	22	16	44	9	24	3	10
Итого	684	37	665	35	351	19	164	9

в) Санитарно-просвет. работа. Диспансер пользуется всеми возможностями для выступления перед массами по вопросам противотуберкулезной работы. С этой целью им ставились доклады в Окрисполкоме, в Горсовете, в Окрпрофсовете, в Страхкассе, на хозяйственно-административных Совещаниях в Здравотделе, на врачебных С'ездах. Проводились лекции, собеседования и инсценировки в школах, в разных клубах, на предприятиях, в воинских частях и в Доме Селянина. В целях охвата селян делались выезды на деревню, где точно также проводились соответствующие собеседования. За четыре года проведено лекций, докладов и собеседований:

1924 г.	—	31 с числом слушател.	570
1925 г.	—	94 „ „	5526
1926 г.	—	117 „ „	14815
1927 г. (до июля м.)		59 с числ. слуш.	6212

г) Обследовательская работа. Таковая проводится двояко: врачами (массовая)—в целях выявления всех подозрительных по туберкулезу. До сих пор обследованы все предприятия, союзы медработников (на 50%—по городу), совработников (на 90%—по городу), нарпит (на 90%—производственные единицы); через школьно-санитарн. врачей обследованы все школы; через работников Диспансера—Детдома в Зубашевичах и в Бобре. Второй вид обследований—сестринский (на дому). Сестрами обследованы по несколько раз все туберкулезные и по одному разу почти все остальные легочные больные. (Результаты этих обследований будут разработаны отдельно). Сестринские обследования, проверенные членами туб'ячеек, кладутся в основу суждений о необходимости оказать ту или иную помощь больным. В текущем 1927 г. Диспансер совершает 112 выдач в месяц:

1) Посылки на курорты, которые хотя и производятся Страхкассой и Завкомами, но по наметке Диспансера и с участием в Комиссиях его представит.—до 6 ч. в мес. (в сред.)
2) в Дома Отдыха (по просьбам Диспансера к Завком.) — „ 6 ч. „ „
3) в Ночной Санаторий . . . — „ 30 ч. „ „
4) в „ Изолятор . . . — „ 5 ч. „ „
5) в „Красный Октябрь" . . . — „ 8 ч. „ „
6) Денежные пособия из фонда Сов. Соц. Помощи . — „ 25 ч. „ „
7) Детская площадка . . . . . — „ 36 ч. „ „

Такова работа Борисовского Тубдиспансера за время с октября 1924 г. по июль 1927 г.

В заключение должен сказать, что Диспансер безусловно перерос те скромные рамки, которые были намечены ему вначале, и в настоящее время, несмотря на уничтожение Борисовского округа, он продолжает оставаться таким, каким стал до расформирования ок-га: больные попрежнему приезжают из-под Бегомли, из Холопеничского, Крупкинского, Березинского, Жодинского и Смолевичского районов. Это—район действия Диспансера, и потому он имеет полное юридическое и нравственное право называться межрайонным.

Рабочая молодежь Гомельщины.

Д-р Моносзон-Любина.

В марте—апреле 1927 г. было произведено медосвидетельствование рабочих подростков по Гомелю, Ново-Белице и Добрушу. Освидетельствование производилось врачами с достаточно высокой квалификацией, освидетельствованию предшествовали собрания всех работавших врачей для установления единообразия в методах и оценке физического состояния подростков. Сведения социально-бытовые заполнялись путем опроса подростков, причем опрос вели выделяемые для этого наиболее толковые подростки или члены Санкомов профтехнических школ. Результаты этого обследования, конечно, не могут претендовать на научность, но все-же в известной мере отражают фактическое состояние здоровья и быта рабочей молодежи Гомельщины. Конечно, не приходится делать каких-бы то ни было выводов о связи состояния здоровья и профессии, так как мы не знаем, в каком состоянии эти подростки приступили к своей работе; с другой стороны, тут, быть может, происходит естественный отбор, т. е. более здоровые подростки выбирают профессии, требующие большей физической силы. Но сравнительные данные физического состояния подростков, работающих на различных предприятиях, представляют интерес, так как указывают на те группы, которые должны быть сугубо обслужены и нуждаются в усиленной помощи.

Медосвидетельствование прошли 13 профсоюзов, но число членов союзов: Рабис, Рабпрос, Совторгслуж., Нарпит и Строителей очень не велико и их мы в разработке по союзам мало учитывали.

Всего было подвергнуто медосвидетельствованию 586 человек, т. е. 93% всего имевшегося на учете числа подростков. Среди обследованных подростков мы имеем 72 члена союза Бумажников, работающих на Добрушской фабрике, 94 члена союза Химиков и 16 членов союза Деревообделочников, работающих в Ново-Белице; остальные подростки работают на предприятиях и в учреждениях г. Гомеля. Ученики Профтехшкол (школа Металлистов, Деревообделочников и Печатников) в Гомеле и фабзавуча Бумажников (в Добруше), составляют 35% всех рабочих подростков. В государственных и кооперативных предприятиях работает 81% всех осмотренных. 19% работает у частных лиц.

Среди всех осмотренных мы имеем 420 муж. (72%) и 166 женщин (28%). Наибольший процент мужчин мы имеем среди Металлистов, Деревообделочников и Кожевников, наибольший процент женщин среди Химиков, Совторгслужащих, Нарпитовцев. По национальности подростки распределяются следующим образом; евреев 64%, русских—34% и проч. национальностей—2%. Наибольший процент евреев среди Кожевников, Печатников, Швейников и Пищевиков, наибольший процент русских среди Нарпита, Бумажников и Химиков. По возрасту обследованные относятся, главным образом, к группе 16-18 лет (85%),

моложе 16 лет имеем подростков лишь 5%, старше 18 лет—10% подростков. Старшие группы подростков 18-20 и выше лет наблюдаются, главным образом, среди учащихся профтехшкол. Большинство подростков выросли в городе (66%). Наибольший процент горожан наблюдается среди Печатников и Металлистов, наименьший процент среди Бумажников и Нарпит. Остальные провели свое детство в деревне (20%) и местечках. Значительный процент подростков уже потеряли родителей (30%), у многих подростков родители находятся на их иждивении; поэтому эта молодежь, в своем большинстве, уже несет на себе всю тяжесть жизни. Несмотря на молодой возраст 29% работает по найму свыше 3-х лет, из них 15% свыше 4-х лет, при чем наибольшая длительность работы по найму падает на союзы Нарпит, Швейников и Металлистов. Что же представляет собой рабочий день этих подростков. Он слагается из основной работы по найму, дополнительной работы для заработка, школьной учебы и общественной работы.

Основная работа занимает у подростков 4, 6 и 8 часов ежедневно, в зависимости от их возраста. Дополнительная работа имеется у 5% всех подростков, главным образом, среди Бумажников (22%) и Химиков (12%); повидимому, это об'ясняется тем, что члены этих союзов живут в посаде и деревнях и связаны с крестьянским хозяйством. В общественную работу вовлечено 9% всех подростков, при чем наибольший процент падает на Нарпит и Пищевиков.

Большинство подростков (54%) стараются пополнить свои знания, путем посещения вечерних школ, школ подростков, политшкол, пунктов ликбеза и т. д. и затрачивают на эту учебу в большинстве (81%) от 2-4 часов ежедневно. Наибольший процент обучающихся в школах мы имеем среди нарпитовцев, пищевиков и кожевников. Как мы видим, рабочие подростки имеют очень большую нагрузку, день заполняется работой и учебой; быть может, этим следует об'яснять то, что в физкультурной работе принимает участие лишь 35% всех подростков, при чем, главным образом, ученики Профшкол; наименее втянуты в физкультурные кружки члены союза Нарпит и Химиков, имеющие большую, чем другие, прочую нагрузку.

В каких же условиях живут рабочие подростки?

Большинство живет в своих семьях, или на частных квартирах и лишь 24% (главным образом, ученики Профшкол) в общежитиях. Жилищные условия как в семье, так и в общежитии далеко не удовлетворяют подростков, жилища в большинстве тесные, часто сырые и холодные. Лишь в 12% можно считать жилища хорошими, 35% имеют удовлетворительные жилища и 53% неудовлетворительные; наибольший процент неудовлетворительных жилищ имеют члены союза Рабис и Деревообделочников. Свое питание считают удовлетворительным 60% подростков, а 40% неудовлетворительным. Наибольший процент неудовлетворяющихся своим питанием мы имеем среди Деревообделочников. В наилучшие условия питания поставлены Пищевики.

Вследствие перегрузки, плохих жилищных условий и т. д., рабочие подростки уделяют сну мало времени. 49% спит меньше 8 часов и лишь 4% спят больше 9 часов.

Такова та картина быта и работы подростков, которую дало нам обследование. Целый ряд вопросов (употребление алкоголя, курение, половая жизнь, социальное происхождение) остался без ответа или же полученные ответы так неопределенны, что не дает возможности составить определенного мнения о том месте, которое они занимают в жизни молодежи; поэтому мы их опускаем.

Теперь перейдем к результатам медосвидетельствования.

Ввиду того, что освидетельствование производили врачи-терапевты, мы опускаем все данные, относящиеся к заболеваниям глаза, уха, горла и носа, так как в этих случаях регистрировались лишь жалобы подростков и цифры этих заболеваний будут не полны и неточны.

Из всего числа освидетельствованных, здоровыми признано лишь 43% подростков, при чем часто и эти „здоровые" имеют те или иные заболевания, но эти заболевания не отражаются существенно на их общем состоянии. Процент же хорошо упитанных (19) и имеющих крепкое телосложение (20), как мы видим, значительно ниже числа здоровых, поэтому ясно, что в группу здоровых попали в большинстве подростки, имеющие среднее сложение и питание. Очень значительна группа малокровных подростков—24%; мы не анализируем причин малокровия, так как данные однократного обследования не дают возможности этого сделать, но указанная цифра говорит сама за себя.

Еще большее внимание обращает на себя следующая цифра—33% всех свидетельствованных признали больными. Какие же болезни стоят на первом месте? Тут мы, конечно, имеем туберкулез легких (24%), болезни сердца органические (5%) и функциональные (10%). Функциональные расстройства нервной системы (7%), заболевания желудочно-кишечного тракта (4%), различные заболевания органов дыхания, по перимуществу бронхит (9%) и т. д. Очень показательны для оценки общего неблагополучия в физическом состоянии подростков данные, рисующие высокий процент подростков с упадком питания (26%) и слабым (13%), а зачастую и неправильным телосложением (17%), с увеличением лимфатических желез (37%) и бледной окраской кожи (40%).

Конечно, большой практический интерес представляет выяснение того, члены каких союзов больше поражены теми или иными болезнями. И тут мы видим—определенную картину: наибольший процент здоровых мы имеем среди металлистов и пищевиков, отчасти швейников, среди них же мы имеем наиболее низкий процент малокровных, больных туберкулезом, страдающих нервными болезнями; это же в известной мере относится и к печатникам. В наихудшем положении находятся союзы Бумажников, Химиков и Кожевников, Деревообделочников; особо следует отметить частые заболевания кожи,—у бумажников, стоящие, повидимому, в связи с условиями профессионального труда. Несколько особняком стоит группа учеников Профшкол. Среди них мы имеем, при небольшом числе остальных заболеваний, значительную группу малокровных и страдающих нервными заболеваниями подростков; это особенно важно отметить потому, что подростки, поступающие в Профшколы, проходят через предварительный медосмотр и более слабые физически в школы не попадают. Здесь, очевидно, сказывается влияние усиленной нагрузки и тяжелых условий, в которых живут профшкольцы.

Чрезвычайно интересно сравнить данные медосмотра с результатами антропометрических измерений. Измерения роста и веса показали, что процесс формирования организма в этом периоде жизни протекает очень интенсивно: у русских юношей наростание идет интенсивно до 19—20 лет, у русских женщин до 17—18 лет, у евреев эти сроки наступают несколько раньше—у юношей до 18—19 лет, у девушек до 16—17-ти лет.

Поскольку здесь доминирующим фактором является процесс полового созревания, постольку эти факты имеют определенный инте-

рес. Если мы сравним антропометрические данные наших подростков с подростками центр. Белоруссии, то мы видим, что наши подростки, как русские, так и еврейские превосходят в общем подростков Минска и остальной Белоруссии. Этот-же факт нами был в свое время отмечен для учащихся Гомельских Профшкол.

Таким образом, то расхождение между антропометрическими данными и физическим состоянием, которое мы отмечали в свое время для учащихся Гомеля, мы теперь можем констатировать и для подростков. Обладая удовлетворительным физическим развитием, они в большинстве обладают слабым здоровьем. Это дает нам право думать, что при лучших условиях жизни число больных и слабых подростков было бы меньше и общий уровень здоровых был бы более высок.

Само собой понятно, что среди рабочей молодежи, имеющей в своем составе много малокровных и больных подростков, имеется не мало таких, которые неспособны к труду в обычных условиях и могут работать без ущерба для своего здоровья лишь в облегченных условиях. Средний процент нуждающихся в переводе на легкую работу равняется 34%, при чем он выше всего среди химиков и деревообделочников.

При проведении медосвидетельствования, Комиссия определяла нуждаемость отдельных подростков в санаторно-курортном и амбулаторном лечении и в организованном хорошо использованном отдыхе в Домах Отдыха.

Из общего числа подростков 3,6% назначено на санаторно-курортное лечение (при чем назначалось оно лишь в самых крайних случаях) и 42% признано нуждающимися в направлении в дома отдыха, при чем наибольший процент посланных в Санатории падает на печатников и химиков, а наибольший процент отобранных для посылки в дома отдыха на бумажников и химиков. Но понятно, одно дело назначать, а другое послать. Не приходится сомневаться в том, что большое число назначенных в дома отдыха и санаторию туда не попадут и с невосстановленными силами после отпуска приступят вновь к работе. Но, конечно, было-бы ошибкой думать, что одна лишь броня мест в санаториях и домах отдыха для подростков может улучшить их положение. Лишь проведение систематической диспансеризации и связанных с ней мероприятий по улучшению социально-бытового положения и по облегчению условий труда и по общему их оздоровлению может дать плоды в виде повышения физического состояния и работоспособности рабочей молодежи Гомельщины. Особое внимание должно быть обращено на членов тех союзов, среди которых особенно часты заболевания, и на учеников профессионально-технических школ.

Таблица № 1.

Рабочая молодежь Гомельщины

Состав рабочей молодежи

№№ по пор.	НАЗВАНИЕ СОЮЗА	Всего обслед.	По полу		По национальн.			По возрасту								Где провел детство			Примечание
			М.	Ж.	Русск.	Евр.	Проч.	14	15	16	17	18	19	20	Старш.	Гор.	Деревне	Местечке	
1	Металлисты	155	147	8	33	119	3	—	5	29	49	22	8	10	5	111	31	12	
2	Химики	94	32	62	56	34	4	—	7	32	41	6	—	—	—	59	27	7	Ввиду того, что не все подростки ответили на все вопросы, процент подсчитан к числу ответивших на этот вопрос (во всех таблицах).
3	Бумажники	72	53	19	55	14	3	—	—	7	25	23	8	2	1	18	17	35	
4	Деревообделочники	87	74	13	30	55	2	—	4	26	20	9	4	—	6	65	15	7	
5	Печатники	55	31	24	6	49	—	—	5	8	22	10	4	2	1	47	6	2	
6	Кожевенники	43	42	1	—	43	—	—	—	6	20	12	—	—	—	30	4	9	
7	Пищевики	25	14	11	3	21	1	—	—	3	18	8	1	—	—	17	4	4	
8	Швейники	19	10	9	2	17		—	2	3	8	6	—	—	—	13	3	3	
9	Совработники	12	6	6	2	10	—	—	—	—	10	—	—	—	—	7	4	1	
10	Нарпит	12	--	12	11	1	—	1	2	3	5	1	—	—	—	4	7	1	
11	Строители	2	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1	—	
12	Рабис	8	7	1	1	7	—	—	1	1	6	—	—	—	—	2	—	—	
13	Рабпрос	2	7	—	1	1	—	-	--	1	1	—	—	—	—	2	—	—	
	Всего	586	420	166	201	372	13	1	26	119	221	97	25	14	13	375	119	82	
	В % к общему числу	—	72	28	34	64	2	0,2	5	23	43	19	5	3	2,5	66	20	14	

Таблица № 2.

Рабочая молодежь Гомельщины

Труд и нагрузка рабочих подростков

№№ п. п.	Название союза	Где работает			Длительность раб. по найму					Продолжит. работы в день						Имеет до-полн. работу	Несет общ. нагрузку	Обуч. в шк.	Тратит на учение в день					Заним. физ-культурой
		Гос.	Част	Уч. ФЗУ	до 1	1-2 л.	2-3 л.	3-4 л.	больш 4 л.	4 ч.	5 ч.	6 ч.	7 ч.	8 ч.	больш 8 ч.				1 ч.	2 ч.	3 ч.	4 ч.	5 ч.	
1	Металлисты	69	7	79	27	24	22	23	20	39	1	78	—	34	3	5	7	36	6	6	7	16	—	75
2	Химики	94	—	—	11	26	34	9	6	17	—	76	—	1	—	11	5	34	7	18	3	—	—	12
3	Бумажники	15	—	57	21	8	16	10	11	1	—	19	—	17	3	9	6	4	—	2	—	1	—	12
4	Деревообделочники	35	7	45	27	13	7	8	13	29	10	37	—	11	—	2	12	24	4	3	6	2		35
5	Печатники	28	—	27	13	17	9	1	12	7	—	39	—	9	—	—	7	18	—	1	2	10	1	17
6	Кожевенники	24	19	—	8	7	10	8	6	—	—	40	—	3	—	—	1	30	1	3	6	15	—	12
7	Пищевики	15	9	—	5	7	7	5	1	1	—	18	—	5	—	—	7	21	—	—	1	14	—	7
8	Швейники	3	16	—	5	4	3	4	3	—	—	17	—	2	—	—	—	9	—	—	2	5	—	7
9	Совработники	12	—	—	5	4	2	—	—	—	—	11	—	—	—	—	1	6	4	3	—	—	—	2
10	Нарпит	—	12	—	1	4	1	3	—	—	—	—	1	9	2	—	5	11	—	—	1	1	10	—
11	Строители	—	2	—	—	—	1	—	3	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1	1
12	Рабис	8	—	—	—	2	3	1	—	1	5	1	—	1	—	1	—	5	—	—	1	1	1	2
13	Рабпрос	2	—	—	1	1	—	—	2	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	—
	Всего	305	72	208	124	117	115	72	77	95	16	338	2	92	9	28	51	202	18	33	29	67	13	192
	В % отнош. к общ. числу	81	19	34	24	23	23	14	15	17	3	61	0,3	17	2	5	9	54	11	21	18	42	8	35

Таблица № 3.

Рабочая молодежь Гомельщины

Условия жизни подростков

№№ по порядку	Название союза	В общежит. живет	Жилищные условия			Питание		Продолжительность сна					
			Хорош.	Удовлетв.	Плохое	Удовлетв.	Плохое	6 ч.	7 ч.	8 ч.	9 ч.	10 ч.
1	Металлисты	61	23	62	70	93	62	1	5	5	—	—
2	Химики	13	13	33	48	62	32	—	4	3	5	1
3	Бумажники	7	4	16	20	19	21	11	16	5	1	—
4	Деревообделочники	34	3	21	63	34	53	4	8	9	12	—
5	Печатники	7	7	21	27	30	25	—	1	—	—	—
6	Кожевенники	7	6	10	27	23	20	—	—	—	—	1
7	Швейники	1	2	5	12	14	5	—	3	2	4	1
8	Пищевики	3	5	12	8	24	1	3	11	7	2	1
9	Совработники	3	2	4	6	11	1	—	3	3	3	—
10	Рабис	2	1	1	6	8	—	—	—	—	—	—
11	Рабпрос	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—
12	Нарпит	—	1	7	4	10	2	—	2	6	1	3
13	Строители	—	—	1	1	1	1	—	—	1	—	—
	Всего	132	67	194	294	330	224	19	53	41	28	7
	В % отнош. к общ. числу	24	12	35	53	60	40	13	36	27	22	5

Таблица № 4.

Рабочая молодежь Гомельщины

Возраст	Р у с с к и е																		Е в р е и																	
	М у ж ч и н									Ж е н щ и н									М у ж ч и н									Ж е н щ и н								
	14 л.	15 л.	16 л.	17 л.	18 л.	19 л.	20 л.	старше	не указ.	14 л.	15 л.	16 л.	17 л.	18 л.	19 л.	20 л.	старше	не указ.	14 л.	15 л.	16 л.	17 л.	18 л.	19 л.	20 л.	старше	не указ.	14 л.	15 л.	16 л.	17 л.	18 л.	19 л.	20 л.	старше	не указ.
Количество случаев .	—	6	21	42	16	7	5	2	16	1	5	17	29	13	1	—	—	4	—	10	62	27	45	14	9	8	40	—	6	16	37	19	2	—	1	6
Рост стоя . .	-	148 3	155 1	160	171 7	165 7	165 9	170 2	—	144	142 6	154 3	157 7	156 4	147	—	—	—	—	152 8	158 9	159 2	162 2	162 9	163 2	168 9	—	—	150 8	148	153	153 4	148 5	—	144	—
Вес . .	—	43 2	51 3	53 6	54 7	59 4	59 2	64	–	46 5	55 1	51 1	54 1	55 6	54	—	—		—	42 7	51 6	54 7	55 5	58 9	59 7	61 5	—	—	46 5	47 3	59	51 4	52 3	—	46 5	—
Окружность груди . .	—	75 8	77 6	82 2	81	83 8	85	91	—	72	77	76 7	78 7	83 5	83	—	—	-	—	73 4	80	82 5	84 1	84 2	85 3	89	—	—	75	72 9	76	75 5	92	-	72	—

Примечание. В антропометрическую разработку не вошли не указавшие возраста—66 чел. и проч. национальн.—29 чел.

Десятые доли помещены под целыми числами за неимением места.

Состояние здоровья рабочей

№№ по порядку	НАЗВАНИЕ СОЮЗА			Питание: Хорошее	Питание: Удовлет.	Питание: Плохое	Телосложение: Крепкое	Телосложение: Умерен.	Телосложение: Слабое	Неправильн. телосложение	Увеличены железы	Окраска кожи: N	Окраска кожи: Бледная	Заболев. кожи
1	Металлисты	79	ФЗУ	21	48	10	31	46	2	10	22	49	30	10
		76	рабоч. молод.	16	36	24	17	49	10	13	28	46	30	7
2	Бумажники	57	ФЗУ	19	26	12	22	30	5	17	22	47	10	11
		15	рабоч. подр.	5	7	3	3	11	1	2	7	13	2	2
3	Деревообдел	45	ФЗУ	8	21	16	9	29	7	7	19	30	15	4
		26	рабоч. подр.	31	23	15	6	28	8	8	16	21	21	—
4	Печатники	27	ФЗУ	3	15	9	2	22	3	5	14	19	8	4
		28	рабоч. подр.	2	21	5	4	23	1	—	9	15	13	—
5	Химики 94		рабоч. подр.	16	54	24	12	62	20	16	39	47	47	—
6	Кожевенники 43		рабоч. подр.	3	30	10	—	36	7	9	17	20	23	1
7	Пищевики 25		„	6	12	7	6	17	2	5	7	12	13	—
8	Швейники 19		„	7	6	6	2	14	3	4	9	10	9	—
9	Совработник 12		„	4	5	3	3	7	2	2	4	8	4	—
10	Нарпит 12		„	1	9	2	1	10	1	3	2	8	4	1
11	Строители 2		„	—	1	1	—	2	—	—	1	1	1	—
12	Рабис 8		„	..	6	2	—	8	—	--	3	5	3	—
13	Рабпрос 2		„	—	1	1	—	1	1	—	1	2	—	—
	Всего .			115	321	150	118	395	73	101	219	353	233	40
	В процентн. отнош. к общ. числу .			19	55	26	20	67	13	17	37	60	40	7

Таблица № 5.

молодежи Гомельщины

Легкие			Сердце			Заболев. желудка		Забол. кишечн.		Нервные заболевания			Огранич. движен.				Способ на работ	
Туберк.	Проч. заболев.	Здоров.	N	Орган. забол.	Функцион.	Заболел	Здоров	Заболел	Здоров	Органич.	Функцион.	N	Травмат.	Ревматизм	Здоровых	Малокровн.	Всякие	Легкие
11	5	63	63	10	6	1	78	1	78	—	7	72	—	2	44	12	59	20
17	9	50	70	2	4	2	74	2	74	—	1	75	—	—	38	17	58	18
21	12	24	54	1	2	—	57	—	57	—	5	52	—	—	18	5	20	6
7	—	8	—	—	15	—	15	1	14	—	1	14	—	—	6	3	9	6
11	6	28	38	1	6	3	42	—	45	—	4	41	—	—	16	13	29	16
5	3	34	3	—	4	—	42	1	41	—	1	41	—	—	21	12	23	19
4	1	22	24	—	3	1	26	2	25	—	3	24	—	1	10	6	21	6
6	5	17	25	1	2	—	28	1	27	—	1	27	—	—	12	6	13	15
28	3	63	87	1	6	4	90	—	94	—	6	88	1	1	29	38	53	41
10	6	27	32	6	5	—	43	—	43	—	5	38	—	—	13	16	27	16
13	1	18	20	4	1	—	25	1	24	—	1	24	—	—	12	2	18	7
4	1	14	15	1	3	—	19	—	19	—	—	19	—	—	9	5	12	7
1	2	9	11	—	1	—	12	—	12	—	2	10	—	—	8	2	10	2
2	—	10	12	—	—	—	12	—	12	—	1	11	—	—	9	1	10	2
1	—	1	2	—	—	—	2	—	2	—	—	2	—	—	1	—	1	1
4	—	4	8	—	—	—	8	—	8	—	1	7	—	—	3	—	5	3
—	—	1	1	—	—	—	2	—	2	—	1	1	—	—	—	—	1	1
139	53	393	501	27	58	11	575	9	577	—	40	546	1	4	249	138	369	186
24	9	67	85	5	10	2	98	2	98	—	7	93	0,2	1	43	24	66	34

Клиническая медицина

О применении таллия для эпиляции в борьбе с грибковыми заболеваниями волос[1].

Д-р Духан, Г. А.

(Главный врач Фавозной Лечебницы НКЗдрава Бел. в Минске).

Фавозная Лечебница НКЗдрава Белоруссии произвела патронажное обследование детей школьного возраста большинства округов Белоруссии в большом количестве школ как городов, так и деревень и местечек.

Целью обследования было выяснить как количество больных грибковыми заболеваниями волос в Белоруссии, так и национальный состав больных. Поэтому обследование производилось поголовное в школах белорусских, русских, еврейских и польских по выборочному методу в характерных районах каждого округа.

В результате этой работы Фавозной Лечебницей установлено, что в Белоруссии имеются свыше 30.000 больных детей грибковыми заболеваниями волос школьного возраста во-первых, и во-вторых, **что этими болезнями поражены дети всех национальностей в одинаковом размере живущих в скверных условиях.** Причем в сельских местностях распространен, главным образом, *фавус,* а в городских местностях— разные виды *трихофитий.*

Кроме того в практике работы Фавозной Лечебницы установлено, что эти заболевания имеют также большое распространение в Белоруссии среди более взрослых и в большом количестве среди детей дошкольного возраста. Таким образом, количество больных необходимо считать во много раз больше указанной выше цифры и этим самым грибковые заболевания волос выдвигаются в первых рядах социальных болезней Белоруссии.

Широкому распространению этих заболеваний способствовало целый ряд причин. Белоруссия в санитарном отношении почти самая отсталая часть СССР. Пограничность положения исторически делала ее местом борьбы между отдельными государствами, что, конечно, содействовало социально-экономической неустойчивости населения и тяжело отражалось на быте и культуре белорусского крестьянства, местечкового и городского населения.

Коммунальное благоустройство городов и тем более сельских местностей находится в Белоруссии в крайне тяжелом положении. Примитивный тип постройки крестьянской избы, скученность населе-

---

[1]) Сообщено с демонстрацией больных в дерматологическом кружке и доложено Научному Обществу Минских врачей.

ния в сельских местностях, местечках и городах, пользование одной постелью и недостаточное медицинское обслуживание детей, создают благоприятную почву для распространения грибковых заболеваний волос.

Такое колоссальное распространение этих заболеваний настоятельно требует энергичной борьбы с ними.

Главным способом лечения грибковых заболеваний волос до сих пор являлось рентгено-терапия, которая применяется для эпиляции волос. Так как без эпиляции волос в огромном большинстве случаев достигнуть излечения невозможно.

Лечение больных в Белоруссии производится Фавозной лечебницей в Минске и фавозными домами в Витебске, Бобруйске и Могилеве. Все эти учреждения в течение года излечивают всего несколько тысяч больных. Так как при существующих условиях, никаких реальных профилактических мероприятий нельзя и не проводится, то вместо излечиваемых ежегодно несколько тысяч появляются еще большее количество новых больных, заражающихся от общения с большим количеством оставленных без изоляции больных. И таким образом, при существующем способе лечения больных рентгено-терапией, когда из такого огромного количества больных в течение года можно пропустить всего несколько тысяч, в Белоруссии, несмотря на ведение борьбы с этой социальной болезнью, в течение 5-ти лет, мы находимся все время на одном уровне и у нас всегда количество больных не будет уменьшаться, ибо установление дополнительных рентгеновских аппаратов в остальных округах Белоруссии также не уменьшит количества больных из-за невозможности изолировать всех больных. Причем, кроме этого отсутствуют специалисты рентгенологи.

К недочетам рентгено-терапии необходимо еще отнести следующее очень важное обстоятельство:

а) никогда нельзя гарантировать родителям, что у ребенка после лечения отрастут волосы, и

б) что эпиляцию волос при помощи рентгеновских лучей нельзя производить у детей моложе 3 х лет. Из-за того, что маленькие дети редко могут спокойно выдержать необходимое время для рентгено-терапии, а также что в этом возрасте действие рентгеновских лучей может вредно отозваться на костях черепа.

Таким образом почти невозможность ведения борьбы в наших условиях только рентгено-терапией, со все возрастающим распространением грибковых заболеваний волос, обратило наше особое внимание на изучение вопроса о новом методе применения для эпиляции волос при этих заболеваниях—уксусно-кислого *таллия*.

Таллий относится к группе редких металлов. В конце прошлого столетия уксусно-кислый таллий применялся во Франции для лечения энтеритов, потов у чахоточных и гипергидроза, но затем был оставлен, т. к. после его применения наблюдалось дифузное выпадение волос.

Первые практические опыты по лечению грибковых заболеваний волос, применяя таллий для эпиляции, сделал в 1897 году Сабуро, но вследствие слишком высокой дозировки, примененной им, вызвавшей осложнения, заставили его отказаться от этого метода.

Мексиканский врач Cicero применил таллий на 354 больных трихофицией детей своей школы. Результаты его лечения, опубликованные в 1919 году, после применения однократно per. os в водном или сахарном растворе по 0,005 таллия на кило веса детям до 5 лет и по 0,007 детям старшего возраста, сводятся к следующему: спустя

восемь дней появлялась рыхлость, а на третьей неделе полное выпадение волос. Через 6 недель начиналась регенерация волос, а месяца через два голова снова покрывалась густыми здоровыми волосами. Cicero отмечает, что даже в тех случаях, когда эпиляция была не совершенная, больные волосы все-же выпадали. Стойкой алопеции и побочных явлений Cicero никогда не наблюдал. Им иногда констатировались незначительные слюнотечения, шелушение, фолликулиты и небольшая болезненность кожи головы. Брови и ресницы никогда не выпадали. I Uruena и I Ochoferena применили таллий в таких-же почти дозах с благоприятными результатами, больше чем на 200 детей. С хорошими результатами применили таллий ряд русских авторов. Но обширные экспериментальные опыты с таллием провел в течение 26 лет, Директор Дерматологического Отделения больницы имени Вирхова, в Берлине профессор А. Бушке, совместно со своими ассистентами Лянгером и Пейсером. Самое главное затруднение заключалось в установлении пригодной для человека дозы, которая с одной стороны не вызывала-бы явлений отравления и расстройства, а с другой стороны обладала-бы надежной эпиляционной силой. Интересным являются исследования авторов, с целью выяснения механизации действия таллия. Бушке и Пейсер об'ясняют действие таллия, его влиянием на symphaticus, его влиянием у крыс выпадают все волосы, иннервируемые этим нервом, и не выпадают усы, которые иннервируются N. Facialis и Trigeminus. У детей изредка выпадают, кроме волос головы, также и волосы наружной части бровей что зависит от того, что эта часть бровей иногда иннервируется веткой symphaticus'a. В то время, как остальная часть брови иннервируется N. trigeminus'ом.

Макс Иозеф считает мнение Бушке о способе действия таллия правильным.

Избирательное действие малых доз таллия на определенный нерв не является исключительным. Так как, например, адренолин и никотин в малых дозах действуют также избирательно.

Таллий, оказывая, повидимому, временное токсическое действие на N. symphaticus, нарушает питание волос, чем вызывает их выпадение, за исключением волос органов чувств, которые иннервируются N. N. Facialis, Trigeminus и Ulnaris.

На основании клинического опыта, Бушке считает оптимальной дозой для детей 8 миллиграмм таллия на кило чистого веса тела ребенка. Возраст ребенка не имеет значения, т. к. по его мнению даже грудные дети переносят это средство также хорошо. Применять таллий рекомендуется им однократно натощак per os на сахарной воде.

Взрослым, начиная с возраста, приближающегося к половой зрелости, Бушке рекомендует применять таллий с особой осторожностью; об'ясняя это тем, что таллий является средством, действующим, главным образом, на симпатическую нервную систему, а препараты этого рода переносятся детьми в значительно больших дозах, чем взрослыми. Наблюдения Бушке показали также, что главная масса препарата, полученная больным, выделяется из организма очень быстро, а через несколько недель заканчивается выделение и последних следов препарата.

Над известным числом детей профессор Бушке вел наблюдения свыше года, и они не обнаружили ни малейших расстройств в их дальнейшем развитии, никаких-либо расстройств вообще. Результаты эпиляции и роста волос у профессора Бушке такие-же наблюдались, как и у Цицеро.

Профессор Бушке в одном случае пробовал также применить очень интересный комбинированный метод, назначив больному внутрь лежащую далеко от токсической границы половинную дозу таллия по 0,004 на кило веса и освещение головы ½ Е. Д. х-лучей, и получил также хорошую эпиляцию волос.

Мною для производства терапевтических опытов был получен из Германии от химической фирмы Кальбаум, поставляющий препарат профессору Бушке, рекомендованные им таллий таблетками Thalium-Depilatorium-Kahlbaum ($C_2 H_3 O_2 Tl$).

Для того, чтобы иметь точное наблюдение над всеми больными, я применял таллий исключительно на больных, находящихся в стационарном отделении Фавозной Лечебницы.

Всего мною применен этот препарат на 100 больных, по методу Бушке. В 85-ти случаях мною был применен таллий внутрь per os на сахарной воде, в однократном приеме по 0,008 на кило чистого веса больного, а в 15-ти случаях комбинированный метод по 0,004 таллия на кило чистого веса больного и в тот-же день больным производилось освещение головы ½ Е. Д. х-лучей.

По диагнозу больные распределяются следующим образом: у 41 больного была парша, у 52—трихофития и у 7-ми микроспория. Больным, которым был применен исключительно таллий, были в возрасте: до 3-х лет—17 человек, от 3—10-ти лет—48 человек и от 10—15-ти лет—20 человек, а всего 85 человек, из коих мальчиков—51 и девочек—34.

Комбинированный метод был применен 15-ти больным в возрасте от 10—15-ти лет, из коих мальчиков—7 и девочек—8.

Препарат применялся чрезвычайно точно с учетом всех возможных расстройств в детском организме. При одновременном существовании у детей каких-либо других заболеваний, таллий не применялся.

Больным исследовалась моча и кровь. Каких-либо патологических изменений мочи и крови не наблюдалось.

Из всего количества больных явления интоксикации я наблюдал всего в 10-ти случаях. У 2-х мальчиков и 2-х девочек в возрасте от 10-ти до 15-ти лет, выразившихся в довольно сильных болях в коленных суставах и у 4-х мальчиков и 2-х девочек в возрасте от 3-х до 5-ти лет, выразившиеся в легкой форме кон'юнктивита. Причем боли в суставах начинались на восьмой—десятый день после применения таллия и продолжались до 2-х недель, а кон'юнктивиты начинались также на восьмой и десятый день и продолжались не больше недели. Как первые, так и вторые явления проходили без всякого лечения. Указанное может подтвердить высказанное Бушке мнение, что препарат выделяется из организма очень быстро и не позже чем через несколько недель.

У больных, которым был применен комбинированный метод, никаких явлений интоксикаций не наблюдалось.

Надо указать, что почти все больные за период лечения прекрасно себя чувствовали и прибывали в весе довольно значительно. Повышения температуры никогда не наблюдалось.

У больных после применения только таллия эпиляция волос начиналась на восьмой день и окончательно заканчивалась на шестнадцатый-восемнадцатый день.

У больных после применения комбинированного метода—эпиляция волос начиналась на пятнадцатый-шестнадцатый день и окончательно заканчивалась на двадцать первый—двадцать четвертый.

Как в 1-ом, так и во 2-ом случаях эпиляция волос получалась гораздо лучшая, чем при применении рентгено-терапии.

Рост волос начинался очень быстрый—через 2-3 недели и этот момент является единственным дефектом, т. к. для того, чтобы продезинфицировать хорошо кожу, излечить больные места головы, необходимо применять после эпиляции местную дезинфецирующую терапию в течение 4-х—5-ти недель. В противном случае могут быть более частые рецидивы. Но надо сказать, что если с первого-же дня применения таллия начать применять ежедневно местную дезинфицирующую терапию, смазывая один день $5^0/_0$-ой иодной настойкой и один день Ung. Wilkinsoni, применяя этот метод также и после эпиляции волос до нового роста таковых, то более частые рецидивы можно вполне устранить.

Таким образом, большие экспериментальные работы с таллием, проведенные профессором А. Бушке в Берлине в течение 26-ти лет и довольно долгое наблюдение хороших результатов после применения таллия на большом количестве больных детей мексиканскими и итальянскими врачами и мои терапевтические опыты по применению таллия для эпиляции волос при грибковых заболеваниях у детей над 100 больными, находившимися в Фавозной Лечебнице, дают возможность притти к следующим выводам:

1. Применение таллия, как эпиляционного средства при грибковых заболеваниях волос у детей дает прекрасные результаты.

2. Преимущество этого метода перед рентгено-терапией в условиях Белоруссии является:

а) легкость его применения;
б) возможность применения у детей до 3-х лет;
в) гарантия, что на все $100^0/_0$ у лечившихся будет рост волос и
г) дешевизна препарата.

3. Больным в возрасте, приближающемся к половой зрелости, можно применять с хорошими результатами комбинированный метод.

При этом необходимо указать, что метод эпиляции при помощи таллия должен применяться чрезвычайно точно, проверенным уже препаратом фирмы Кальбаум, лучше всего в таблетках в однократном приеме на сахарной воде по 0,008 на кило чистого веса ребенка. При чем с учетом всех возможных расстройств в детском организме. При одновременном существовании у детей каких-либо других заболеваний, его не следует по возможности применять. Также в чистом виде его не следует применять больным в возрасте, приближающемся к половой зрелости.

В заключение надо сказать, что возможность применения в условиях Белоруссии этого метода для эпиляции при грибковых заболеваниях волос у детей, хотя-бы в окружных городах должен дать в ближайшее время большие результаты в борьбе с уничтожением одной из социальных болезней детского возраста в БССР.

Приятным долгом своим считаю выразить признательность НКЗдраву Белоруссии М. И. Барсукову за предоставленную возможность проводить эту работу и профессору И. Т. Титову за указания и ободрение при этой работе.

Сотрудникам лечебницы т. т—Р. А. Рашрей и Г. Б. Певзнер за помощь при лабораторной и патронажной работе выражаю свою благодарность.

ЛИТЕРАТУРА.

1. **М. И. Барсуков**—Здравоохранение в Белоруссии в национальном разрезе. Бел. Мэд. Думка № 7—9 за 1926 год.

2. **Бушке, Лангер и Шейер**—München. Med. Wochenschr. № 20, 1926 г.

3. **Бушке, Лангер и Пейсер**—Русско-немецкий медицинский журнал № 6. 1926 года.—Берлин.

4. **Макс Иозеф**—Руководство к изучению болезней волос.

5. **В. Г. Бронштейн**—Врачебное дело № 17 и 18 за 1926 год.

6. **Грибковые заболевания волос**—Сборник материалов по СССР 1925 г.

7. **А. Ландесман и Мгебров**—русский вестник Дерматологии, № 4, 1927 г.

8. **Возражения профессора Бушке на замечания профессора Иванова**—Русский Вестник Дерматологии, № 4, том V-ый за 1927 год.

Несколько слов о мягком шанкре.

Проф. В. Ю. Мронговиус.

Был-ли раньше мягкий шанкр в Минске? Без сомнения, был, по крайней мере. в 1915 году, когда я заведывал кожно-венерич. отделением Минского Военного Госпиталя, его было достаточно: правда, чаще всего это были больные с фронта, редко из местного гарнизона, но я не могу себе представить, чтобы эта масса мягкошанкрозных не оставила бы в Минске никакого следа.

Но несомненным фактом является то обстоятельство, что в течение последних 4 лет в Минске совершенно не было мягкого шанкра (сколько лет до этого в Минске не было мягкого шанкра, мне не известно). Работая одновременно, и в клинике, и в Вендиспансере, я за все время только в 1925 году видел 2 случая мягкого шанкра у приезжих артистов, которые заболели вне Минска. По официальным данным по городу Минску за 1926 г. было всего 2 больных, а по всему Минскому округу 6 больных м. ш. Вообще, по всей Белоруссии, по отчету за 1926 год, количество мягких шанкров крайне незначительно и можно, не впадая в грубую ошибку, сказать, что все мягкие шанкры в Белоруссии не местного происхождения, а привозные. В Белоруссии есть города: Климовичи, Орша, Слуцк, где в 1926 году не зарегистрировано ни одного случая м. ш, Чем об'яснить эту трудность распространения стрептобацилла Дюкре по Белоруссии? К сожалению, слишком мало биологически изучен возбудитель м. ш., чтобы можно было дать ответ на этот вопрос, но тот факт, что „появление мягкого шанкра стоит в какой-то зависимости от условий времени и, быть может, места“ (Брунс), уже давно отмечено авторами. С другой стороны отмечен и тот факт, что иногда мягкий шанкр появляется не в чистом виде, а всегда в виде ulcus mixtum, как это было в Берлине в 1906 году.—Этот „иммунитет места“ против мягкого шанкра не чрезмерно продолжителен и для Белоруссии он, очевидно, уже окончился. Эта осень принесла нам некоторое количество мягкого шанкра (м. ш.) местного происхождения и это количество все увеличивается.

Поэтому я считаю своевременным поделиться с товарищами некоторыми практическими указаниями, на основании своего долголетнего опыта, по лечению м. ш. и предупреждению и лечению бубонов.

После того, как поставлен точный диагноз на основании микроскопического исследования отделяемого м. ш. или, если нет микроскопа, на основании клинической картины, первой задачей врача является стремление уничтожить возбудителя м. ш. в самой же язве. Для этого пользуются исключительно ac. carbolico liquefacto. Всякое другое средство может при случае принести больному непоправимый вред, вместо пользы; это особенно относится к так излюбленному публикой прижиганию ляписом, или in substantia, или в растворах.

Прижигание дна язвы ляписом вызывает инфильтрацию и затвердение дна, которое, при случае, может симулировать склероз твер-

дого шанкра, что, в свою очередь, может привести к длительному, в данном случае совершенно ненужному, противосифилитическому лечению.

Второе средство, пользование которым я не могу рекомендовать, это—медный купорос. Смазывания раствором медного купороса, на открытых местах, вызывают резкие воспалительные явления, как в самой язве, так и в окружности ее. Язва же на внутреннем листке praeputium'а, возле уздечки, или на головке, смазанная медным купоросом, при существовании длинной крайней плоти, может осложниться резко-болезненным, отечно-воспалительным фимозом с последующим омертвением и распадом части препуциума. – Смазывание ac. carbolico liquefacto производится следующим образом: на стеклянную палочку, или на зонд наматывается немного ваты, последняя обмакивается в чистую карболовую кислоту и ею смазывается, очищенная раствором сулемы, или карболовой к-ты и высушенная выжатым ватным тампоном, сухая поверхность язвы; сначала смазываются края, затем середина. Смазывание болезненно только в первый момент, затем совершенно безболезненно. В первые три дня смазывание производится ежедневно, затем три раза через день; всего 5—7 раз. В промежутках между смазываниями назначается присыпка иодоформом europhen'ом или natr. sozojodolicum.

Иодоформ, считающийся специфическим средством при м. ш., мною почти никогда не употреблялся, разве только в госпитальной практике в виде мази, или 10% иодоформенной эмульсии, вследствие противного, всюду проникающего запаха. Также хорошо действует europhen, не обладающий запахом. Я его прописываю в следующем виде: Rp. Europhen 1,75.

Ac. borici subtillissime pulverati 3,25 MDS.

Для присыпки.

Почти так же, как иодоформ действует natr. sozojodol. crystall. в чистом виде.

Присыпка производится 2 раза в день до тех пор, пока дно язвы не покроется хорошими грануляциями. Затем переходят к ксероформу, дерматолу и т. д. вызывающим эпителизацию язвы. После каждого смазывания ac carb. liquefacto, после каждой присыпки должна быть наложена, хорошо сидящая, повязка. Lege artis наложенная повязка имеет большое значение в смысле скорости заживления язвы. Приходилось часто наблюдать, что язва в руках пациента очень трудно поддается заживлению, которое наступает быстро, как только врач сам приступает к перевязкам. Особенного внимания требуют к себе лица, у которых длинная крайняя плоть и язва находится в препуциальном мешке. Стремление врачей лечить такую язву открыто, т. е. отодвинув крайнюю плоть за головку члена уже не раз приводило к очень печальным последствиям. Вследствие припухания отодвинутой крайней плоти и стягивания припуциального кольца, образуется парафимоз, головку вправить в препуциальный мешок, уже не удается. Препуциум все больше и больше опухает, кольцо все больше перетягивает опухший препуциум. Резко нарушается кровообращение и питание ткани, не только препуциума, но и glandis penis. Язвы мягкого шанкра увеличиваются; на месте перетяжки образуется поперечная язва, которая быстро инфецируется мягкошанкрозным вирусом. Одним словом, пока glans penis не будет водворена на свое место в препуциальный мешок, до тех пор не только первичная язва не будет заживать, но образуются новые большие язвы, процесс будет тянуться долго, причиняя больному большие страдания и приковывая его к постели. Пусть лучше будет фимоз, чем парафимоз, а если

он уже образовался, то нужно всеми способами избавиться от него. Для этого прежде всего нужно уменьшить воспалительное состояние ткани, применяя ледяные примочки из Буровской жидкости, борной кислоты etc. Иногда после такого предварительного лечения удается небольшим насилием вправить головку; если же все попытки в этом направлении оказались напрасными, приходится прибегнуть к ножу, разрезав в одном, или двух местах стягивающее кольцо. Этим вы к имеющейся язве прибавляете еще одну или две язвы, т. к. ранки обычно быстро инфецируются, но из двух зол надо выбирать меньшее, а это есть меньшее зло. Иногда удается избегнуть заражения ранок, если предварительно язву м. ш. энергично прижечь ac. carb. liquefacto. Если образовался фимоз, язва находится глубоко в препуциальном мешке и нельзя ее увидеть глазом, то лечение должно быть совершенно другим; прежде всего больного нужно уложить в постель, отказаться от всяких прижигающих средств, даже от применения ac. carb. lignefact., больному назначить холодные примочки из Буровской жидкости, или борной кислоты. Препуциальный мешок 2-3 раза в день промывать сильной струей из спринцовки Тарновского, или из баллона. теплым раствором марганцево-кислого калия 1:5000, или сулемой 1:1000, а на ночь впрыскивать в мешок небольшое количество 10% иодоформенной эмульсии в глицерине.

Еще раз подчеркиваю: лучше фимоз при м. ш., чем парафимоз, лучше незалупа, чем удавка; нужно даже при легкой форме воспалительного фимоза отказаться от, во что бы то ни стало, открытого лечения мягкого шанкра, если он находится в препуциальном мешке, чтобы не образовался парафимоз.

Перехожу теперь к другому осложнению м. ш., к бубону.

Напоминаю, что различают три вида бубонов: bubo simplex, bubo virulens и bubo strumosus. Оставляя в стороне третий вид bubon'a, как редко встречающийся (лечение-Рентген), остановлюсь подробнее на первых двух.

Bubo simplex—содержит стерильный гной, bubo virulens содержит в гною стрептобациллу Ducrey.

При bubo simplex явления (боль, лихорадка, общее недомогание etc), выражены менее резко, чем при bubo virulens. После вскрытия bubo simplex образуется обыкновенная гнойная язва. После вскрытия bubo virulens—большая язва мягкого шанкра со всеми характерными ее особенностями; заживление язвы при bubo simplex происходит значительно быстрее заживления язвы при bubo virulens. Первой задачей врача при лечении м. ш. должно быть стремление не допустить развитие бубона. Бубон не есть необходимая принадлежность м. ш. Для того, чтобы предупредить развитие бубона, нужно, прежде всего, больного уложить в постель. Полный покой на первом месте. Затем прижиганиями ac. carb liquefacto нужно уничтожить, как выше уже было указано, возбудителя болезни в самой язве, дабы он не мог по лимфатическим сосудам переселиться в паховые железы. Наблюдения говорят, что достаточно одного постельного содержания, чтобы предупредить развитие бубона. То же самое можно сказать, если больной явился уже с бубоном, но последний выражается только резким припуханием железы, болью и краснотой, зыбления же и гноя еще нет. Такого больного достаточно уложить в постель и положить термофор на бубон (или проще—горячую бутылку), чтобы вызвать остановку и обратное развитие процесса. Если больной явился уже с начинающим назревать бубоном, когда уже имеется зыбление, но покрышка гнойника еще прочная, а общие явления указывают на bubon sim-

plex, тогда, уложив больного в постель, производят над ним следующую операцию: острым ножом, на вершине бубона делают разрез длиною в 1 сант., выдавливают гной, вытирают полость абсцесса 5% раствором ляписа и накладывают повязку. После такой операции все болезненные явления проходят. На следующий день края разреза оказываются слипшимися, а на 4-й прочно сросшимися. Если в таком заросшем бубоне и ощущается еще зыбление, то это никакого значения не имеет. Оставшийся в бубоне стерильный гной и эксудат от смазывания ляписом рассасываются в ближайшие дни, при условии, конечно, постельного содержания больного. При таком методе лечения назревающего бубона я никогда никаких осложнений не видел, а все лечение бубона продолжалось не больше недели.

Совершенно другое дело, если больной является с вполне назревшим бубоном, с резкими общими явлениями, тогда—широкий разрез и дальнейшее лечение по правилам хирургии; если же (при bubo virulens) рана приняла характер язвы мягкого шанкра, лечение, как при ulcus molle.

То же самое можно сказать о тех случаях, когда бубон сам вскрывается; если это было bubo simplex, лечение такое же, как при вскрывшемся абсцессе, если же это был bubo virulens лечение, как при язве мягкого шанкра.

Таким образом, на основании своего опыта, я могу сказать, что самой лучшей профилактической мерой, предохраняющей больного м. ш. от бубона вообще, от назревающего или уже нагноившегося бубона и связанного с последним хирургического, довольно продолжительного и мучительного лечения, в частности, является постельное содержание; поэтому всякий такой больной должен быть немедленно госпитализирован.

В заключение я позволю себе привести случай из своей практики, который до сих пор не был мною опубликован—это случай смерти от последствий осложнений при мягком шанкре. На мягкий шанкр принято смотреть, как на не серьезную болезнь. Самыми тяжелыми осложнениями, и то оканчивающимися только более глубокими уродующими рубцами при заживлении, кроме бубона, считались: серпигинизация, фагеденизм и гангренесценция язвы. О том, что эти осложнения могут привести к смерти, почти нигде не упоминается. Случай, который мне приходилось наблюдать в 1917 году в 466 полевом госпитале, следующий: у солдата мягкий шанкр, расположенный под уздечкой, осложнился бубоном. Последний вскрылся, образовалась большая мягкошанкрозная язва, дно которой вскоре покрылось серовато-черными наслоениями. Язва быстро распространялась во все стороны, как по поверхности, так и в глубину. Обнажились фасции. Верхняя граница язвы не доходила на три пальца до пупка, нижняя граница опустилась на 4 пальца ниже Пупартовой связки. Больной сильно лихорадил и спустя три недели, от момента вскрытия бубона, умер от септицемии. Отсюда заключение: мягкий шанкр есть серьезная болезнь, требует самого серьезного к себе отношения и, прежде всего, своевременной госпитализации.

К вопросу об энтеростомии при перитоните и последующем лечении калового свища.

(Из 1-й Хирургической Клиники Белорусского Государственного Университета. Директор—проф. С. М. Рубашев).

Д-р А. А. Короткевич.

Паралич кишечника, как осложнение при перитоните, представляет тяжелое явление, часто ведущее б-го к смерти. Консервативное лечение не всегда дает хороший результат и своевременное производство энтеростомии, в некоторых случаях перитонита, может спасти б-ного. Как последствие энтеростомии может получиться кишечный свищ, закрытие которого требует большой настойчивости от хирурга.

Приводимая ниже история болезни представляет случай наложения энтеростомии при перитоните с благоприятным исходом, а также последующий ряд оперативных мероприятий для закрытия свища, окончившихся выздоровлением больного.

Рабочий лесопильного завода П-ч 28 лет получил удар в живот палкой. После удара П-ч почувствовал сильные боли в животе, почему был доставлен в районную б-цу, а оттуда направлен в г. Минск.

При осмотре б-го в клинике было предположено повреждение кишечника, почему была произведена экстренная операция.

Операция в 4 часа утра 11 апреля (через 18 часов после происшествия) под хлороф.-эфирн. наркозом.

Разрез по средней линии выше пупка до симфиза. По вскрытии брюшины из полости выходит петля кишки, покрытая фибринозным налетом. Кишка спаяна в одном месте под лобком. Из полости вытекает мутная красновато-окрашенная жидкость. При выделении кишек из глубины появился кал. Найдена тонкая кишка, в которой имеется разрыв перпендикулярно к оси кишечника. Слизистая отечна, серозная резко воспалена. Разрыв кишки закрыт 2-х этажным швом. После тщательного туалета брюшной полости—швы на брюшину апоневроз и кожу. Тампоны (2) в брюшную полость. В полость налито эфира до 40,0. Повязка.

11 апреля. Живот вздут. Газы не отходят, имеется тошнота, редкая рвота и икота. Р. 100 в 1'.

12 апреля. Разлитая болезненность живота. Живот еще больше вздут. Газы не отходят. Язык обложен и сух. Икота и рвота. Пульс частый плохого наполнения.

Ввиду быстрого ухудшения общего состояния, больному была наложена 13 апреля энтеростомия под местной анэстезией.

При операции жидкости в брюшной полости не обнаружено. Петля тонкой кишки прилежащая к ране им'ецирована, подшита к брюшине и вскрыта. Из кишки выделялся жидкий кал и газы в небольшом количестве. В кишку вставлена дренажная трубка.

К вечеру состояние больного улучшилось, дня через два перитонеальные явления вовсе прошли. Вследствие постоянного истечения кишечного содержимого из свища, у больного развилась сильнейшая экзема в окружности свища. Применение различных мазей не дало никаких результатов. Состояние б-го, вследствие нестерпимых болей, вызываемых истечением жидкости из свища, стало ухудшаться. Для прекращения вытекания кишечного содержимого в свищ был вставлен пелот по Пампферу, после чего вытекание прекратилось и исчезли боли.

В дальнейшем окружность свища поджила и покрылась эпидермисом.

Свищ постепенно уменьшился, но не имел наклонности к закрытию, почему была предпринята операция закрытия свища, состоявшая в пересадке лоскута на ножке к освеженным краям свища. Операция положительного результата не дала, почему вторично произведена операция закрытия свища.

28 июня. Операция под хлороформ, эфирным наркозом.

Для ориентировки введены в отводящий и приводящий отрезки резиновые трубки. Параректальный разрез. Произведена резекция свищевого участка; концы отрезков свища инвагинированы и зашиты 2-х этажным швом, также поступлено с концами кишечной петли, кроме того, на последнюю наложен боковой анастомоз. Глухие швы.

Послеоперационный период прошел гладко. Рана зажила первичным натяжением.

Общее состояние больного начало улучшаться с каждым днем— больной прибавился в весе. Из свища имелось постоянное небольшое истечение слизи. Применение консервативных способов закрытия слизевого свища не дало положительных результатов, почему был применен способ д-ра Сапожкова—Demucosatio intestini—для закрытия свища.

5 августа. Операция без анэстезии. Тупое отделение слизистой от подлежащей ткани в обе стороны свища. Отделяется слизистая легко до самой глубины, где, в области швов, несколько труднее, почему отделена острым путем.

7 августа. Незначительное кровянистое отделение из раны.

9 августа. Отделения мало. Отверстие свища с‘узилось.

14 августа Из отверстия свища выделяется слизисто-гнойная жидкость в незначительном к-ве. Больной выписан в хорошем состоянии для продолжения лечения амбулаторно.

29 октября больной вновь поступил в клинику с жалобами на выделение слизисто-гнойной жидкости из отверстия бывшего калового свища. При осмотре оказалось что на месте свища дефект кожи овальной формы величиной 2×3 см. выполненный слизистой кишки, на поверхности ее имеются два углубления, при зондировании которых определяются ходы, ведущие вглубь на 4—5 см. и оканчивающиеся слепо. После прижиганий, а также выскабливания как наружной части слизистой, так и свищевых ходов дефект значительно уменьшился и б-ной с незначительной раной выписался.

По имеющимся сведениям рана вскоре совсем зажила.

В первой части истории болезни необходимо отметить блестящий результат от наложения энтеростомии—больной на другой день был вне опасности: бурные явления паралича кишечника прошли и вместе с этим началось излечение перитонита.

Паралич кишечника при перитоните часто настолько ясно ведет к смерти б-го, что основное страдание затушевывается. Д-р Зыков в своей диссертации пишет: „... утверждаю опять, что непроходимость кишечника, в большинстве случаев, представляет один из главных

факторов смерти при перитоните, вызывая прохождение бактерий, аутоинтоксикацию, затруднение дыхания и т. п.". При перитоните кишечник, работая в тяжелых условиях, справляется с механическим его растягиванием газами, проявляя максимум своей перистальтики, вследствие чего появляется его усталость, за которой следует первичная остановка кишечника.

Кишечник после такой первичной остановки мог бы еще работать, если бы его частично разгрузить, в противном случае первичная остановка переходит в окончательную.

Проф. Мельхиор (Melchior) говорит: „есть начальный общий паралич кишек, при котором перистальтика хотя и исчезла, но достаточно частичной разгрузки, чтобы восстановилась проходимость".

Как подтверждение он приводит случай, наблюдаемый с професс. Титце (Tietze Бреславль). После операции тяжелой формы аппендицита, по истечении 4-х дней имелась картина тяжелой формы паралича кишечника. Была произведена релапаратомия и, казавшийся полный паралич кишечника на самом деле не был: при пассивном освобождении петли от ее содержимого в этой петле появилась перистальтика.

Особенно будет иметь успех частичная разгрузка в случае паралича кишечника при фибринозном перитоните, конечно, исключая случаи тяжелой формы септического перитонита. Получившиеся спайки, благодаря большему своему количеству, могут вести к неполноценной работе кишечника, тормозя его перистальтику, что может способствовать растяжению газами кишечника до того maximum'a, после которого может появиться паралич кишечника.

Консервативные мероприятия, почти всегда, в случаях паралича кишечника при перитоните, не дают желаемого результата, т. к. все они направлены на возбуждение перистальтики, которая появиться не может из-за наступившего истощения моторной функции кишечника.

Д-р Зыков, указавши на необходимость наложения энтеростомии в случае паралича кишечника при перитоните в 1900 г., настаивает на своем предложении в своей диссертации в 1903 году. Д-р Гагман (диссертация) держится иного взгляда, считая, что энтеростомия не только бесполезна, но может повести к осложнениям, имея в виду загрязнение брюшной полости.

О целесообразности частичной разгрузки при перитоните сообщает еще Анротен. Последний, увидя у ляпоротомированной девочки быстрое улучшение вслед за самопроизвольно образовавшимся кишечным свищем, произвел с целью разгрузки кишечника при перитоните в 1893 году операцию наложения anus praeternaturalis.

Гайденгайн и (Heidenhein) сообщает о хороших результатах наложения энтеростомии по поводу перитонита и ileus'a.

Но, несмотря на целесообразность наложения энтеростомии при перитонитах, все же эта операция была почти оставлена и только в последнее время имеются сообщения о ее производстве. Професс. Гюбенер (Hübener) сообщает о своих 32 случаях наложения энтеростомии с восемью хорошими результатами. Горячим сторонником энтеростомии в настоящее время является професс. Мельхиор (Melchior), который говорит, что эта операция не должна делиться wa-banque, а представляет собой операцию „довольно разумной и имеющей виды на успех" и дальше: „...не следует ожидать сомнительной фразы, за которой может последовать непоправимый паралич". Последнее обстоятельство, на которое указывает професс. Мельхиор, весьма существенно: повидимому, нужно отнести часть безуспешных энтеростомий, исключая вообще тяжелых форм перитонита, на запаздывание накла-

дывания, т. е. производство энтеростомии, тогда, когда мускулатура кишечника повреждена настолько, что о появлении перистальтики не может быть и речи.

Техника наложения энтеростомии проста: небольшой 3—4 см. послойный разрез брюшной стенки. Первую попавшуюся раздувшуюся петлю тонкой кишки подшивают к брюшине, дабы отграничить от всей брюшной полости, и вскрывают. Имеются указания на необходимость производства энтеростомии по белой линии, но это не существенно—больной может уже иметь рану брюшной полости и поэтому разрез необходимо сделать подальше от раны из-за неудобства работать в близком соседстве с раной и опасности ее загрязнения. При выборе петли желательно также, чтобы последняя отстояла подальше от duodenum.

Професс. Гюбенер (Hübener) в своих случаях накладывал энтеростомию по способу Витцеля (Witzel), беря для этого тонкую дренажную трубку. На 6—7 день после операции трубка удалялась и кишечный свищ обыкновенно закрывался.

Рауль Гофман (Raul Hoffmann) советует накладывать энтеростомию профилактически, при обширных резекциях кишек, по способу Витцеля (Witzel), беря для этого мягкий катетер № 18.

Получившийся непосредственный блестящий результат от наложения энтеростомии омрачился появлением кишечного свища со всеми его неблагоприятными последствиями—истечением кишечного содержимого, появлением экземы вокруг свища, сопровождаемой болями, особенно усиливающимися при всяком выделении из свища и ухудшением общего состояния больного, вследствие чего появилась настоятельная необходимость, как можно скорей избавить больного от свища или хотя-бы уменьшить выхождение кишечных масс. Закрытие свища per laporotomiam не являлось возможным из-за тяжелой экземы вокруг свища и опасности обострить затихший процесс.

Был использован для уменьшения выделения из свища способ Пампфера (Pampffer), быстро избавивший от последствий вытекания кишечного содержимого.

Метод применения прост.

Отрезок толстой дренажной трубки разрезается пополам по длинику и сшивается посреди в одном месте своими выпуклыми сторонами. Отрезок трубки нужно брать с расчетом, чтобы он был больше длинной части свища на 2—3 см. Одна часть этого пелота вставляется в свищ параллельно оси кишечной петли, а другая остается снаружи. Удерживается пелот в ране вследствие своей эластичности. Как и в нашем случае, получается почти герметическое закрытие свища не мешающего его заживлению.

Вслед за применением описанного пелота выделения из свища прекратились, экзема поджила, общее состояние больного улучшалось с каждым днем. Отверстие свища с'узилось, но не закрывалось, по ему больному была произведена дважды операция закрытия свища и во второй раз удалось не закрыть свищ, а перевести из калового свища в слизевой свищ.

Для закрытия слизевого свища была применена операция, предложенная д-ром Сапожковым—Demucosatio intestini. Операция произведена без всякой анэстезии и была безболезненна, по словам самого больного. Операция, как указывает сам автор, действительно была легка—слизистая „отлипала" на всем протяжении и, только в двух местах, в приводящем и отводящем отрезке, на месте швов, встретилось препят-

ствие к отделению, которое зависело от того, что во время операции закрытия калового свища не была подготовлена культя для операции demucosalio intestini. В конечных пунктах слизистая была „срезана“ скальпелем, как казалось, вся, но, как видно из истории болезни вполне „срезать“ всю слизистую не удалось, почему впоследствии понадобились добавочные операции в том числе и выскабливание свищей.

Д-р Каплан указывает, как на недостаток операции это то, что после demucosatio intestini остаются тяжи в брюшной полости, могущие дать повод к ущемлениям, а также и то, что в случаях скорого заживления периферической части свища и наличности бактерий в глубине свища может возникнуть своего рода une bombe d'intestin. С мнением д-ра Каплана можно отчасти согласиться, но нужно также и оценить положительные стороны операции—подкупающая легкость и простота, а также и то, что больной, перенесши целый ряд операций, вряд-ли согласится вновь подвергнуться чревосечению.

Выводы:

1. Энтеростомия, в некоторых случаях паралича кишечника при перитоните, своевременно наложенная, может спасти больного.

2. Пелот, предложенный Пампфером, уменьшает отделение кишечного свища, устраняя раздражение кожи и в некоторых случаях может повести к заживлению свища.

3. Demucosatio intestini по Сапожкову представляет собою легкую и ведущую к хорошим результатам операцию в подходящих случаях; эту операцию необходимо иметь ввиду при предшествующей ей лапоротомии для соответствующей подготовки культи.

В заключение считаю долгом выразить благодарность Профессору С. М. Рубашеву за предложенную тему и помощь в работе.

К вопросу о пересадке мочеточников в прямую кишку.

(Хирургическое Отделение Бобруйской Больницы).

Д-р В. Морзон.

Операция перасадки мочеточников в прямую кишку на VI С'езде акушеров и гинекологов названа жестокой операцией. А все же жизнь вынуждает прибегать к ней, как к неизбежному средству. Поэтому приходится выбирать наиболее надежные оперативные методы, направленные к устранению того или другого угрожающего осложнения. Осложнений много, но я хочу коснуться только послеоперационной анурии. Проф. Марков в своей статье (Журн. Акушерство и женские болезни 1927 г.—4 кн.) говорит, что анурия после пересадки мочеточников в прямую кишку к серьезным последствиям не ведет. Я с этим не могу согласиться, так как из 9-ти операций, проделанных мною с целью пересадки мочеточников, одна окончилась смертельным исходом вследствие анурии. Смерть наступила на 5-й день после операции при явлениях уремии. Но и появление мочи на 4 сутки, как в случаях д-ра Шпигеля, тоже небезразлично для организма (Хир. Архив Т. 5).

Выясняя причину анурии, я останавливаюсь, главным образом, на травме: потягивание мочеточника передается почке непосредственно; кроме того, рефлекторно тоже возможно влияние не только во время перерезки и вшивания, но и в дальнейшем в зависимости от способа вшивания мочеточника. Чтобы избежать продолжительной послеоперационной травмы при фиксации мочеточника прошиванием толщи его стенки, я стараюсь выделять мочеточник с окружающей его клетчаткой. Еще лучше будет, если на передней его поверхности оставить листок брюшины. Фиксировать-же следует, исключительно захватывая клетчатку и брюшину Правда, не всегда это удается. Если удается, то тогда мы достигаем свободы в движениях мочеточника и избегаем постоянного давления на нервные окончания и перегибов мочеточника. (Об этом мною был читан доклад в 1925 году в научном обществе Бобруйских Врачей). Но так как вся бережность и соблюдение всех указанных предосторожностей не ведет к абсолютному устранению анурии, то приходится искать еще других путей. Случай подсказал мне этот довольно удобный путь.

В Хирург. Отд. Бобруйской Больницы 3-го марта 1927 г. поступил больной Юденко И.—6 лет по поводу эктонии мочевого пузыря. Во время операции больной плохо переносил наркоз, а потому я ограничился пересадкой только одного правого мочеточника. После операции моча из прямой кишки не шла (на 6-ой день было несколько граммов мочи). Я предполагал, что мною плохо вшит мочеточник и что поэтому моча идет в забрюшинную клетчатку, но явлений уремии не было, как не оказалось и гидронефроза, который мог зависеть от перегиба или закупорки мочеточника. Значит, почка не давала мочи. Из пузыря-же

моча шла попрежнему. Через две недели больной был выписан из больницы, так как чувствовал себя великолепно.

8-го октября 1927 года больной мальчик опять был доставлен в больницу. При чем оказалось, что по приезде домой у него моча появилась в прямой кишке спустя пять дней. Всего, следовательно, почка не давала мочи 19 дней. Если бы были пересажены оба мочеточника одновременно, то в результате анурии полной была бы смерть, так как из личного опыта знаю, что при полной анурии и при соблюдении при этом строгой углеводной диэты больной не живет больше 8-ми дней. (Случай смерти от уремии на 8-й день после удаления почки по поводу пионефроза при функционировавшей до этого второй почке). В доступной мне литературе я нигде не нашел более продолжительного времени жизни человека при полной анурии. Теперь—1-го ноября 1927 года я пересадил и второй мочеточник у этого больного. Операцию перенес очень хорошо и уже здоров. По этому же способу последовательной пересадки оперировал еще одну больную М-ву, тоже выздоровевшую после первого этапа, хотя моча появилась в прямой кишке только через пять дней. На днях я узнал из литературы, что д-р Майо, оперируя по этому способу, довел % смертности до 13%. У нас же средний % смертности 36,9 (Смиттен).

Этот способ при соблюдении всех мелочей техники настолько мне кажется удобным, что я после двух своих случаев очень рекомендую *последовательную пересадку*. При этом способе нет опасения за уремию и нет тех тяжелых переживаний врача, которые тянутся днями при наступившей анурии.

Экспериментальная медицина

О ферментации склеромной пал. Фриша углеводов, спиртов и органических солей.

(Из *Statens Serum Institut. Dir. Prof. Madsen*)

Проф. Б. Я. Эльберт.

Посвящается проф. С. В. Коршуну.

Самостоятельное положение описанной Фришем при риносклероме палочки среди других представителей капсульных микробов не должно подлежать сомнению после ряда исследований, посвященных этому вопросу. Тем не менее, нет еще единства взглядов в этом отношении, и значительное число авторов приходят к заключению, что по данным изучения биологических свойств пал. Фриша невозможно отметить какой-либо существенной разницы между нею и другими микробами так называемой группы Фридлендера. Мы можем указать хотя бы на данные *Muir* and *Ritchie* в их „Manual of Bacteriology" 1919 года, где авторы пишут, что „сомнительно существует ли разница между склеромной палочкой и пнеймобациллом в их микроскопических и бактериологических свойствах". И далее „нет сомнения, что склерома является специфической болезнью, и возможно, что один из бацилл этой группы является возбудителем болезни, хотя и его нельзя дифференцировать обычными бактериологическими методами от других бацилл этой группы". Эти же авторы ссылаются на *Perkins*, который утверждает, что пнеймобацилл и склеромный бацилл идентичны.

В настоящей работе мы не предполагаем дать литературного обзора по вопросу о систематике и классификации бактерий, относящихся, вместе с бац. Фриша, к группе капсульных микробов. Это будет приведено в нашем следующем сообщении. Здесь только отметим, что причиной того, что при исследовании свойств пал. Фриша авторы не могли обнаружить постоянных различий в особенностях представителей капсульной группы, является, по нашему мнению, следующее обстоятельство. Оно заключается в том, что основным методом при систематике капсульных бактерий являлся опыт с ферментацией углеводов в то время, как серологические и морфологические свойства почти не были изучены.

Необходимо поэтому указать, что результаты классификации не могут считаться вполне доказательными (напр. *Kabelik'a*), и только на основании совокупности ряда признаков микробов может быть дана более или менее точная характеристика их свойств. Кроме того, и данные авторов относительно ферментативных свойств микробов капсульной группы не могут быть приняты без оговорок.

Вопросу о биологической роли пал. риносклеромы посвящен ряд наших исследований. Прежде всего, на значительном материале, обнимающем около 420 исследований крови, мы могли удостовериться в диагностической роли реакции связывания комплемента в случаях клинически выраженной риносклеромы. Положительная реакция получалась

также в ранних стадиях болезни *и в случаях атипично расположенных поражений*. Благодаря этому, весьма точному, распознавательному методу мы смогли изучить распространение риносклеромы в ее эндемических очагах, применив массовое серологическое исследование среди больных и окружающих их лиц. На 420 исследований крови по методу св. комплемента мы получили в 148 случаях резко положительный результат. Все контрольные пробы у здоровых, также с другими гетерологическими антигенами ввиде взвеси других капсульных микробов, дали отрицательный результат (1, 2, 3, 4).

После того, как мы убедились в диагностическом значении реакции Bordet—Gengou для обнаружения в крови больных риносклеромой специфического амбоцептора, мы стали дифференцировать вновь выделяемые из слизи и ткани больных штаммы, прибавляя к взвеси неизвестной слизистой культуры сыворотку больного с положительной реакцией связывания комплемента. На большом материале, обнимающем несколько десятков культур капсульных микробов, мы пришли к выводу относительно возможности точной диагностики *вновь выделяемых штаммов на основании серологического признака.*

Изучая далее морфологию тех бактерий, которые по данным серологического анализа следовало бы отнести к культуре бацилла риносклеромы, мы обратили внимание, что *культуры пал. Фриша отличаются весьма характерными свойствами.* При пользовании методом прямого микроскопирования агара (Direkte Agarmikroskopie) нам пришлось убедиться, что молодые колонии бац. Фриша имеют чрезвычайно типичное строение, довольно ясно отличаясь от колоний других микробов капсульной группы.

Методика исследования заключается в том, что несколько капель бульонной культуры растирается тонко по поверхности агара в чашке Петри. Через 2-3 часа роста (при 37°C) из поверхности агара вырезывается прямоугольная пластинка, которая располагается на предметном стекле, и изучается при свете электрической лампочки в 50-100 свечей и затемненном конденсоре. Молодая колония бац. риносклеромы имеет круглую форму, микробы располагаются довольно правильными концентрическими рядами на одинаковом расстоянии друг от друга. Особенно часто видна рядом с колониями слизистой палочки Фриша ее бесслизистая форма, так наз. мутант, в виде скоплений, прилегающих к слизистой колонии, овальных и круглых, часто террасовидных колоний бактерий, без капсул. В одной из предыдущих работ нами приведены микрофотографии слизистых и бесслизистых колоний бац. риносклеромы. Т. о., изучив большое число культур различных капсульных микробов, мы могли притти к определенному выводу относительно диагностического значения этого интересного морфологического признака (5).

Мы обратили, далее, внимание на следующее явление. Нередко в культурах, которые давали положительную реакцию связывания комплемента со склеромной сывороткой, наряду с преобладающим числом типичных для пал. Фриша колоний, обнаруживались колонии иного микроскопического вида. Мы могли, после тщательного изучения морфологии молодых колоний всех наших штаммов, притти к заключению, что макроскопически однородные слизистые культуры, которые обнаруживают при агармикроскопии наличность неоднородных по своему строению колоний, являются смешанными культурами из 2-х, а иногда и 3-х различных микробов капсульной группы.

---

[1]) Белор. Мед. Мысль 1925. 2) Ztbl. für Bakt. 1925 (96).
[3]) Записки Белор. Сан.-Бак. Ин-та. 1926.
[4]) Ztbl. f. Bakt. 1927. (101).
[5]) Микробиол. Журнал 1927, Декабрь.

Присутствие в наружно кажущейся чистой культуре пал. риносклеромы колоний неодинакового характера привело нас к необходимости обратиться к методике изолирования действительно чистых культур из одного микроба, Einzellkultur. Мы выделяли типичные для пал. Фриша, однородные по своему строению колонии, при помощи „гарнунирования" и, т. о., получили чистые штаммы, которые можно было подвергнуть дальнейшим исследованиям. *Наряду с чистыми культурами капсульной формы пал. риносклеромы мы получили чистые культуры безкапсульного мутанта того же микроба* (6).

Эти „мутанты" резко отличаются и макроскопически, в культуре, от „типа". *Они*, в отличие от бактерий, имеющих капсулу, *легко агглютинируются иммунной сывороткой.* Сыворотка кроликов, иммунизированных слизистой (капсульной) формой бацилла, не склеивала ни ауто, ни гомологические штаммы бац. риносклеромы, зато давала отчетливую агглютинацию при смешивании с мутантами склеромной палочки. Иммунизируя лошадь, мы точно также получили в ее сыворотке агглютинины по отношению к мутантам всех наших культур склеромного бацилла. И, наконец, агглютинины были обнаружены в сыворотке больных риносклеромой, во всех тех случаях, когда параллельно поставленная р. связывания комплемента давала положительный результат. Мы применяем в настоящее время р. агглютинации для диагностики заболевания, смешивая сыворотку б-ого со взвесью суточной культуры склеромного мутанта (SM). Ввиду сравнительной частоты мутанта в каждой почти культуре пал. Фриша и несложной методики его изолирования, была получена возможность серологического изучения каждого вновь выделяемого штамма при помощи искусственной агглютинирующей сыворотки. Таким путем был получен ряд культур. склеромной палочки, характер которых уже не подлежал сомнению.

Надо еще указать на одно свойство склеромного бацилла, которое оказалось весьма ценным при дифференцировании этого микроба от других представителей слизисто капсульной группы. *В то время как последние размножались в бычьей желчи, пал. Фриша оказывалась обычно мало устойчивой.* Методика наша заключается в следующем: одна петля агаровой или несколько капель бульонной культуры данного капсульного микроба засевается в пузырек с бычьей желчью, который выдерживается в термостате 1—4 суток. Из желчи затем делается пересев на агар: все культуры, которые нами были ранее определены, как склеромные, на агаре роста не обнаружили, в то время, как культуры других капсульных бактерий давали пышный слизистый рост. Проверив многократно это свойство на 41 культурах различных капсульных микробов, мы получили в признаке неодинаковой резистентности по отношению к желчи подспорье при бактериологической диагностике риносклеромы ([7]).

Исходя из выше приведенных данных, на основании целого ряда признаков: характера строения молодых колоний, р. связ. комплемента, р. агглютинации, неустойчивости к желчи, мы смогли со значительной степенью вероятности судить о принадлежности выделенного микроба к типу „склерома Фриш". Поэтому результаты наших исследований ферментации являются вполне надежными.

В приводимой ниже таблице сгруппированы данные изучения культур по ряду признаков, как то: 1) рост на агаре, 2) характер молодой колонии при агармикроскопии, 3) р. связ. комплемента данной

[6]) Ztbl. f. Bakt. 1928, (печатается).
[7]) Микробиол. Журнал 1928. Март (печатается).

культуры со склеромной иммунной сывороткой, 4) результат исследования крови больного, у которого выделена культура, по методу Bordet-Gengou, 5) р. агглютинации мутанта данной культуры с антисклеромной агглютинирующей сывороткой, 6) признак устойчивости по отношению к бычьей желчи и 7) клинический диагноз болезни.

№№ культур	1 Рост на агаре	2 Характер молодой колонии	3 Р. связыв. комплем. культуры	4 Сероднаги крови с культурой склер. бац.	5 Р. агглютинации с мутантом	6 Желчь	7 Клин. диагн. болезни	Определение культуры
1	слизизист.	типичн. строение	++++	++++	положит.	—	склерома	b. Frisch
2	„	смешанный тип колоний	—	—		+	?	—
3	„	типичн.	++++		положит.	—	„	b. Frisch
4	„	„	++++		„	—	„	тоже
5	„	„	++++		„	—	„	тоже
6	„	„	++++		„	—	„	тоже
7	„	„	++++	++++	„	—	склерома	тоже
8	„	„	++++	++++	„	—	„	тоже
9	„	не типичн. для пал. склеромы	—	++++		+	?	—
10	„	типичн.	++++	++++	положит.	—	склерома	b. Frisch
11	„	„	++++	++++	„	—	„	тоже
12	„	„	++++	++++	„	—	„	тоже
13	„	„	++++	++++	„	—	„	тоже
14	„	не типичн.	—			+	lues	
15	„	типичн.	++++	++++	„	—	склерома?..	b. Frisch
16	„	не типичн.	—	—			озена?	—
17	„	„				+	?	—
18	„	типичн.	++++	++++	„	+	склерома	b. Frisch
19	„	не типичн.	—	—		—	?	—
20	„	типичн.	++++	++++	„	+	склерома	b. Frisch
21	„	„	++++	++++	„	—	„	тоже
22	„	„	++++	++++	„	—	„	тоже
23	„	смесь типичн и другого вида колоний	++++	++++		— / +	„ / ?	тоже / b. Frisch другие капс. бац.
24	„	не типичн.	—	++++		+	озена?	—
25	„	типичн.	++++	++++	положит.	—	склерома	b. Frisch
26	„	„	++++	++++	„	—	„	тоже
27	„	„	++++	++++	„	—	„	тоже
28	слиз.-беловатый	не типичный для склер. бац.			агглютинация значительно ниже предельного титра	+	?	—
29	слиз.-беловатый	не типичн.			„	+	?	—
30	слизист.	типичн.	++++	++++	положит.	—	склерома	b. Frisch
31	„	„	++++		„	—	?	тоже
32	„	не типичн.	—	—		+	озена?	—
33	„	типичн.	++++	++++	„	—	склерома	b. Frisch
34	не слиз.	не слиз. колонии	—	—	—	+	?	в. coli
35	слизист.	типичн.	++++	++++	„	—	озена?	в. Frisch
36	„	„	++++	++++	„	—	склерома	тоже
37	„	не типичн.	—	—		+	?	—

Среди 37 культур в 24 случаях, повидимому, мы имели дело со склеромной палочкой. №№ этих культур: 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 18, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 30, 31, 33, 35 и 36. Кроме того, у нас были три музейных штамма Statens Serum Institut (Kopenhagen): № 38 (b. Friedl). № 39 (b. ozaenae Abel-Löwenberg) и № 40 (b. Aërogenes).

Методика исследования.

Для изучения ферментативной способности бацилла Фриша и других капсульных микробов мы применяли следующую методику. Посев культуры производился в бульон с соответствующим „сахаром" и индикатором-бромтимолблау. Мы приводим ниже точный способ приготовления сред для р. брожения, как это применяется в Statens SerumInstitut.

„Сахара" для р. брожения.

Бульон из 1% мясного экстракта Либиха, 1% пептона Витте и 0,5% NaCl, ph=7,5. После фильтрации прибавляется на 1 литр—12 к. с. 0,2% водного раствора bromthymolblau. Бульон разливается по колбам и автоклавируется. К литру бульона прибавляется 5 гр. „сахара" и среда стерильно разливается по пробирками, кипятится 10 минут на водяной бане или в текучем паре. Затем пробирки быстро остужаются погружением в холодную воду. Термостат на 24 часа для проверки стерильности. Пробирки применяются из тонкого стекла, 10 mm в поперечнике, внутри их находятся стеклянные поплавки 2 ст. длиной и 6-7 mm шириной. Закрываются пробирки ватной пробкой, нижняя часть которой смачивается смесью параффин вазелина следующего состава: 1 часть параффина (темп. плавл. 55°) и 9 частей вазелина. Смесь предварительно стерилизуется непродолжительным нагреванием до 200°C. Приготовленный вышеописанным способом бульон может сохраняться на холоду в течение долгого времени.

Исследование на брожение. Стерильной пастеровской пипеткой в пробирки с сахарным бульоном вводилось по одной капле суточной бульонной культуры исследуемого микроба. Термостат при 37° и результат реакции отмечался каждые 24 часа. Образование кислоты проявлялось изменением цвета среды из зеленого (—) в желтовато-зеленоватый (±) до резко-желтого (+). Газ отмечался по появлению пузырьков в верхней части поплавков четырьмя степенями реакции: 1 плюс, когда газ скоплялся в куполе поплавка, 2 плюс—газ занимал полпоплавка, 3 плюса—вся почти жидкость вытеснена из поплавка, 4 плюса—поплавок без жидкости на поверхности среды.

Для изучения ферментации были взяты следующие химически чистые препараты:

Моносахариды: d-глюкоза (Gl), d-левулеза (Le), d-галактоза (Ga), d-манноза (Mn);

Дисахариды: сахароза (Sa), лактоза (Lac), мальтоза (Ma);

Трисахариды: раффиноза (Ra);

Полисахариды: декстрин (De), инулин (In), крахмал (St);

3 х атомный спирт: глицерин (Gln);

4-х атомный спирт: i—эритрит (Er);

5-ти атомные спирты: ксилоза (X), l-арабиноза (Ar), l-рамноза (Rh);

6-ти атомные спирты: i—дульцит (Du), d-маннит (Mt), d-сорбит (So).

Дополнительно были затем взяты: адонит (Ad), инозит (It), мелицитоза (Mz) и салицин (Sal) и следующие органические соли: natrium citricum (C), natrium-l-tartaricum (l-T), natrium-d-tartaricum (d-T), natrium-tartaricum (i-T) и natrium-mucin (M).

В ряде таблиц даны результаты наших исследований.

d—Глюкоза (Gl).

	Кислота						Газ						Результат	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Кисл.	Газ
1	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
2	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
3	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
4	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
5	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
6	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
7	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
8	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
9	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
10	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
11	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
12	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
13	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
14	+	+	+	+	+	+	++	++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
15	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—6	—
17	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
18	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
19	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
20	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
21	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
22	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
23	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
24	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1
25	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
26	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
27	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
28	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1
29	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1
30	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
31	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—6	—
33	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
34	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
35	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
36	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
37	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
38	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
39	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
40	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1

РЕЗУЛЬТАТ: *все культуры склеромной палочки разлагают глюкозу с образованием кислоты без газа.* Тот же результат был получен с несклеромными штаммами 2, 17, 37, 38 и 39. Образование кислоты и газа дали культуры 9, 14, 19, 23, 24, 28, 29 и 40. Не разложили глюкозу 16, 32.

d—Левулеза (Le).

	Кислота						Г	а	з				Результат	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Кисл.	Газ
1	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
2	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
3	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
4	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
5	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	-	+1	—
6	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
7	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
8	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
9	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	+1	+1
10	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
11	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
12	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
13	+	+	+	+	+	+	—	—	—	-	—	—	+1	—
14	+	-	+	+	+	+	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
15	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—		+1	—
16	-	-	—	—	—	-	—	-	—	—	—	—	—	—
17	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
18	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
19	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
20	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
21	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
22	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
23	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
24	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1
25	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
26	+	+	+	+	+	+	—	—	—	-	—	—	+1	—
27	+	+	+	+	+	+	—	—	-	—	—	—	+1	—
28	+	+	+	+	+	+	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
29	+	+	+	+	+	+	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
30	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	-	+1	—
31	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
32	-	—	—	—	—	—	—	-	—	—	—	—	—	—
33	+	+	+	+	+	+	-	—	—	—	—	—	+1	—
34	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
35	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
36	+	+	+	+	+	+	—	—		—	—	—	+1	—
37	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
38	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
39	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
40	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1

РЕЗУЛЬТАТ: *все культуры склеромной палочки разлагают левулезу с образованием кислоты без газа.* Тот же результат получен с несклеромными штаммами 2, 17, 37, 38 и 39. Образование кислоты и газа дали культуры 9, 14, 19, 23, 24, 28, 29, 40. Не разложили левулезу 16, 32.

d—Галактоза (Ga)

№ №	Кислота						Газ						Результаты	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Кисл.	Газ
1	+	+	+	+	+	+	·	—	—	—	—	—	+1	—
2	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
3	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
4	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
5	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
6	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
7	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
8	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
9	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
10	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
11	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
12	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
13	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
14	+	+	+	+	+	+	—	—	+	+	+	+	+1	+3
15	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—6	—
17	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
18	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	+
19	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1
20	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
21	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
22	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
23	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
24	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1
25	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
26	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
27	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
28	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1
29	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1
30	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
31	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—6	—
33	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
34	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1
35	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
36	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
37	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
38	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
39	—	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
40	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1

РЕЗУЛЬТАТ: *все культуры склеромной палочки разлагают галактозу с образованием кислоты без газа.* Тот же результат был получен с несклеромными штаммами 2, 17, 37, 38, 39. Образование кислоты и газа дали культуры 9, 14, 19, 23, 24, 28, 29 и 40. Не разложили галактозу 16, 32.

d—Манноза (Mn)

	Кислота						Г А З						Результат	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Кисл.	Газ
1	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
2	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
3	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
4	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
5	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
6	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
7	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
8	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
9	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
10	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
11	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
12	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
13	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
14	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
15	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
16	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
18	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	—	+1	—
19	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	+1	+1
20	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
21	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
22	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
23	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
24	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1
25	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
26	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
27	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
28	+	+	+	+	+	+	++++	++++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
29	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1
30	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
31	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
32	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
34	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
35	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
36	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
37	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
38	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
39	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
40	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1

РЕЗУЛЬТАТ: *все склеромные штаммы разложили маннозу с образованием кислоты без газа.* Тот же результат был получен с несклеромными культурами 2, 17, 37, 38, 39, 14. Образование кислоты и газа дали 9, 19, 23, 24, 28, 29, 40. Не разложили маннозу 16, 32.

Сахароза (Sa)

№№	Кислота						Газ						Результат	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Кисл.	Газ.
1	—	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
2	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
3	—	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
4	—	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
5		—	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
6	—	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
7	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
8	—	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	—	—	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
11	—	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
12	—	—	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
13	—	—	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
14	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
15	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
16	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—6	—
17	—	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
18	—	—	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
19	—	—	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
20	—	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
21	—	—	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
22	—	—	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
23	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
24	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1
25	—	—	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
26	—	—	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
27	—	—	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
28	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
29	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
30	—	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
31	—	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	-6	—
33	—	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
34	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—6	—
35	—	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
36	—	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
37	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
38	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
39	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
40	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1

РЕЗУЛЬТАТ: *все культуры склеромной палочки разлагают сахарозу с образованием кислоты без газа.* Кислота образуется обычно спустя 2-е сугок. Тот же результат дали культуры 2, 17, 19, 23, 28, 29, 37, 38, 39. Кислоту и газ дали культуры 14, 24, 40. Не разложили 9, 16 и 32.

Лактоза (Lac)

№№	Кислота						Газ						Результата	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Кисл.	Газ
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	±	+	+	+	+	+	—	++	++	++	++	++	+2	+2
10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	+	+	+	+	+	+	++	+++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	±	±	+	+	+	+	—	—	+	++	+++	+++	+3	+3
20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23	+	+	+	+	+	+	—	+	++	++	++	+++	+1	+2
24	+	+	+	+	+	+	+	++	+++	+++	++++	++++	+1	+1
25	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—
27							—	—	—	—	—	—		—
28		±	+	+	+	+	—	—	+	+	+	++	+3	+3
29	—	±	+	+	+	+	—	—	+	+	+	++	+3	+3
30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
34	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
37	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
38	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
39	—	±	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
40	+	+	+	+	+	+	+++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1

РЕЗУЛЬТАТ: *все культуры склеромной палочки не разлагают лактозу.* Тот же результат получен с культурами 2, 16, 32. Разложили лактозу с образованием кислоты без газа 17, 38, 39.

Кислоту и газ дали 9, 14, 19, 23, 24, 28, 29, 37, 40.

Мальтоза (Ма)

	Кислота						Газ						Результат	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Кисл.	Газ
1	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	1	—
2	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	1	—
3	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	1	—
4	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	1	—
5	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	1	—
6	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	1	—
7	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	1	—
8	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	1	—
9	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
10	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
11	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
12	—	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
13	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
14	+	+	+	+	+	+	+	+++	++	+++	+++	+++	+1	+1
15	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	—1	—
16	—		—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
18	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
19	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
20	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
21	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
22	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
23	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
24	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
25	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
26	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
27	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
28	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
29	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
30	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
31	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
34	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
35	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
36	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
37	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
38	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
39	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	+1
40	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	++++		

РЕЗУЛЬТАТ: *все культуры пал. Фриша разложили мальтозу с образованием кислоты без газа.* Тот же результат был получен и с культурами 2, 9, 17, 19, 23, 24, 28, 29, 37, 38, 39.

Образование кислоты и газа дали: 14, 40.

Не разложили: 16, 32.

Раффиноза (Ra)

№№	Кислота						Газ						Результат	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Кисл.	Газ
1	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
2	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
3	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
4	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
5	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
6	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
7	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
8	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
9	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	+1	+1
10	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
11	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
12	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
13	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
14	+	+	+	+	+	+	+	++	++	+++	+++	+++	+1	+1
15	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
18	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
19	+	+	+	+	+	+	++	+++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
20	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
21	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
22	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
23	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	+1	+1
24	+	+	+	+	+	+	+++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1
25	+	+	+	+	+	+		—	—	—	—	—	+1	—
26	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
27	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
28	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	+1	+1
29	+	+	+	+	+	+	++	+++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
30	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
31	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
32	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
34	+	+	+	+	+	+	++	+++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
35	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
36	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
37	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
38	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
39	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
40	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1

РЕЗУЛЬТАТ: *все культуры склеромной палочки разложили раффинозу с образованием кислоты без* газа. Тот же результат получен с культурами 2, 17, 37, 38, 39. Образование кислоты и газа дали: 9 14, 19, 23, 24, 28, 29, 40. Не разлагают 16 и 32.

Крахмал (St).

№№	Кислота						Газ						Результат	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	К	Г
1	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+6	—
2	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+4	—
3	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+4	—
4	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+4	—
5	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+6	—
6	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+4	—
7	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+6	—
8	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+4	—
9	+	+	+	+	+	+	—	+	++	++	++	++	+2	+2
10	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+6	—
11	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+6	—
12	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+4	—
13	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+4	—
14	+	+	+	+	+	+	—	—	+	+	+	+	+3	+3
15	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+4	—
16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+6	—
18	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+6	—
19	+	+	+	+	+	+	—	+	++	++	+++	+++	+2	+2
20	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+6	—
21	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+4	—
22	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+5	—
23	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	++	++	+1	+
24	+	+	+	+	+	+	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+1	+
25	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+4	—
26	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+4	—
27	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+4	—
28	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	+++	+++	+1	+
29	+	+	+	+	+	+	++	++	++	+++	+++	+++	+1	+
30	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+6	—
31	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+5	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+5	—
34	+	+	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	+1	+
35	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+4	—
36	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+5	—
37	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+4	—
38	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+4	—
39	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+4	—
40	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	+++	+++	+1	+

РЕЗУЛЬТАТ: все культуры склеромной палочки разлагают крахмал с образованием кислоты без газа. Кислота образуется спустя 1—6×24 часа.

Образование кислоты и газа дали культуры 9, 14, 19, 23, 24, 28, 29, 34 и 40. Не разлагают: 16 и 32.

Глицерин (Gln).

№№	Кислота						Газ						Результат	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Кисл.	Газ
1	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
2	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	—	—	—	—	±	+	—	—	—	—	—	—	+5	—
5	—	—	—	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+4	—
6	—	—	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
7	—	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
8	—	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
9	+	+	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	+1	+1
10	—	—	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
11	—		+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
12	—	—	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
13	—	—	±	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+4	—
14	—	—	—	—	±	+	—	—	—	—	—	—	+5	—
15	—	—	±	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
18	—	—	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
19	+	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1
20	—	—	±	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
21	—	—	±	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
22	—	—	±	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
23	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	+1	+1
24	—	±	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
25	—	—	±	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
26	—	—	±	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
27	—	—	±	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
28	±	±	+	+	+	+	—	—	—	—	++	++	+2	+4
29	—	—	+	+	+	+	—	—	+	++	++	++	+3	+3
30	—	—	±	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
31	—	—	—	—	—	[illegible]	—	—	—	—	—	—	—	—
32	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	—	±	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
34	±	±	+	+	+	+	—	+	++	++	++	++	+2	+2
35	—	—	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
36	—	—	±	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
37	—	±	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
38														
39														
40	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1

РЕЗУЛЬТАТ: *все склеромные культуры, за исключением 3 и 31, разложили глицерин с образованием кислоты без газа.* Тот же результат получен с культурами 2, 9, 14, 17, 24 и 37. Образование кислоты и газа дали культуры 9, 19, 23, 28, 29 и 40.

Не разложили 16 и 32, также два склеромных штамма 3 и 31.

Инулин (In.)

№№	Кислота						Газ						Результат	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Кисл.	Газ
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
29	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
34	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
37	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

РЕЗУЛЬТАТ: *пал. риносклеромы не разлагает инулина.* То же— и остальные микробы капсульной группы.

Декстрин (De).

№№	Кислота						Газ						Результат	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Кисл.	Газ
1	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
2	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
3	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
4	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
5	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
6	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
7	—	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
8	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
9	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1
10	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
11	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
12	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
13	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
14	+	+	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	+1	+1
15	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
16	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
18	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
19	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	+1	+1
20	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
21	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
22	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
23	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
24	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1
25	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
26	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
27	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
28	+	+	+	+	+	+	++	+++	+++	++++	++++	++++	+1	+1
29	+	+	+	+	+	+	++	+++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
30	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
31	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
34	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	+1	+1
35	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
36	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
37	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
38	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
39	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
40	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1

РЕЗУЛЬТАТ: все культуры пал. Фриша дали образование кислоты без газа. Тот же результат разложения декстрина получен с культурами 2, 17, 37, 38 и 39. Образование кислоты и газа дали: 9, 14, 19, 28, 29, 40.

Не разложили 16 и 32.

i—Эритрит (Er.)

№ №	Кислота						Газ						Результат	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Килс.	Газ
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
29	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
34	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
37	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

РЕЗУЛЬТАТ: пал. риносклеромы не разлагает эритрита. То же— и остальные микробы капсульной группы,

Ксилоза (X).

№№	Кислота						Газ						Результат	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Кисл.	Газ
1	—	—	—	—	±	+	—	—	—	—	—	—	+6	—
2	—	—	—	—	±	+	—	—	—	—	—	—	+6	—
3	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
4	±	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
7	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
8	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
9	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	+1	+1
10	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
11	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
12	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
13	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
14	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
15	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
19	+	+	+	+	+	+	+	+++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
20	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
21	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
22	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
23	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
24	+	+	+	+	+	+	++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1
25	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
26	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
27	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
28	+	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	+1	+1
29	+	+	+	+	+	+	++	+++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
30	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
31	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
34	+	+	+	+	+	+	++	+++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
35	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
36	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
37	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
38	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
39	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
40	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1

РЕЗУЛЬТАТ: *все культуры пал. риносклеромы, за исключением № 5, разлагают ксилозу с образованием кислоты без газа.* Тот же результат получен с культурами 2, 14, 37, 38, 39. Кислоту и газ дали: 9, 19, 23, 24, 28, 29 и 40.

Не разложили ксилозу 17, 16, 32 и склеромный штамм 5.

I—Арабиноза (Ar.)

№№	Кислота						Газ						Результат	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Кисл.	Газ
1	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
2	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
3	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
4	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
5	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
6	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
7	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
8	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
9	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	+1	+1
10	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
11	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
12	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
13	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
14	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	+1	+1
15	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
18	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
19	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	+1	+1
20	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
21	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
22	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
23	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
24	+	+	+	+	+	+	+	+++	+++	+++	++	++	+1	+1
25	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
26	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
27	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
28	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	+1	+1
29	+	+	+	+	+	+	+	+++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
30	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
31	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
32		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
34	+	+	+	+	+	+	++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1
35	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
36	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
37	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
38	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
39	+	+	+	+	+	+	.	—	—	—	—	—	+1	—
40	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1

РЕЗУЛЬТАТ: *все культуры пал. риносклеромы дали разложение арабинозы с образованием кислоты, без газа.* Тот же результат получен со штаммами 2, 17, 37, 38, 39.

Кислоту и газ дали: 9, 14, 19, 23, 24, 28, 29, 40.

Не разлагают 16 и 32.

I—Рамноза (Rh)

№№	Кислота						Газ						Результат	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Кисл.	Газ
1	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
2	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
3	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
4	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
5	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
6	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—		+1	—
7	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
8	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
9	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
11	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
12	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
13	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
14	+	+	+	+	+	+	—	—	++	++	++	++	+1	+3
15	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—
18	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
21	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
22	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
23	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
24	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	+1	+1
25	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
26	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
27	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
28	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1
29	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1
30	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
31	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
34	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
35	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
36	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
37	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
38	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
39	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
40	+	+	+	+	+	+	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+1	+1

РЕЗУЛЬТАТ: все культуры склеромной палочки разложили рамнозу с образованием кислоты без газа. Тот же результат получен со штаммами 2, 37, 38 и 39.

Образование кислоты и газа дали: 14, 23, 24, 28, 29 и 40.

Не разложили: 9, 17, 19, 16 и 32.

i—Дульцит (Du).

№№	Кислота						Газ						Результат	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Кисл.	Газ
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
29	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
34	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
37	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

РЕЗУЛЬТАТ: *пал. риносклеромы не дают разложения дульцита.* То-же—и другие микробы капсульной группы.

d—Маннит (Mt)

№№	Кислота						Газ						Результат	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Кисл.	Газ
1	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
2	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
3	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
4	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
5	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
6	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
7	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
8	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
9	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1
10	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
11	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
12	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
13	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
14	+	+	+	+	+	+	—	—	++	++	++	++	+1	+3
15	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
18	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
19	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	—	+1	+1
20	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
21	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
22	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
23	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	+1	+1
24	+	+	+	+	+	+	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
25	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
26	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
27	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
28	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1
29	+	+	+	+	+	+	++	+++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
30	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
31	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
34	+	+	+	+	+	+	++	+++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
35	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
36	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
37	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
38	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
39	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
40	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1

РЕЗУЛЬТАТ: *все склеромные штаммы дали разложение маннита с образованием кислоты без газа.* Тот же результат получен с культурами 2, 17, 37, 38, 39.

Кислоту и газ дали: 9, 14, 19, 23, 24, 28, 29 и 40. Не разлагают 16 и 32.

d—Сорбит (So)

№№	Кислота						Газ						Результат	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Кисл.	Газ
1	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
2	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
3	±	±	±	±	+	+	—	—	—	—	—	—	+5	—
4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
6	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
9	+	+	+	+	+	+	+	+++	+++	+++	++++	++++	+1	+1
10	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
11	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
12	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
13	—	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
14	+	+	+	+	+	+	—	—	+	+++	++++	++++	+1	+3
15	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
18	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
19	+	+	+	+	+	+	+++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1
20	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
21	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
22	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
23	±	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
24	+	+	+	+	+	+	+	+++	+++	++++	++++	++++	+1	+1
25	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
26	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
27	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
28	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1
29	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1
30	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
31	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
34	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1
35	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
36	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
37	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
38	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
39	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
40	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1

РЕЗУЛЬТАТ: *все склеромные штаммы,* за исключением 4, 7 и 33, *дали разложение сорбита с образованием кислоты без газа.* Также и штаммы 2, 17, 23, 37, 38 и 39.

Образование кислоты и газа дали: 9, 14, 19, 24, 28, 29 и 40.

Не разлагают: 16, 32 и склеромные культуры 4, 7 и 33.

Адонит (Ad)

№№	Кислота 1	2	3	4	5	6	Газ 1	2	3	4	5	6	Результат Кисл.	Газ
1	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
2	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
3	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
4	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
5	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
6	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
7	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
8	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
9	+	+	+	+	+	+	+	++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
10	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
11	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
12	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
13	—	±	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
14	+	+	+	+	+	+	+++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1
15	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
16	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
18	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
19	+	+	+	+	+	+	++	+++	++++	++++	++++	++++	+1	+1
20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
22	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
23	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
24	+	+	+	+	+	+	+++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1
25	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
26	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
27	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
28	+	+	+	+	+	+	++	++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
29	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1
30	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
31	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
34	+	+	+	+	+	+	+	+++	++++	++++	++++	++++	+1	+1
35	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
36	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
37	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
38	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
39	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
40	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1

РЕЗУЛЬТАТ: *разложили адонит все склеромные штаммы*, за исключением № 20, *с образованием кислоты без газа*. Тот-же результат дали: 2, 17, 37, 38, 39. Кислоту и газ дали: 9, 14, 19, 23, 24, 28, 29 и 40.

Не разлагают 16, 32 и склер. штамм 20.

Инозит (İt).

№№	Кислота						Газ						Результат	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Кисл.	Газ
1	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
2	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
3	—	±	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
4	—	—	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+3	—
5	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
6	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
7	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
8	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
9	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
10	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
11	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
12	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
13	—	±	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+2	—
14	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	+1	+1
15	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
18	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
19	+	+	+	+	+	+	—	++	++	++	++	++	+1	+2
20	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
21	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
22	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
23	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
24	+	+	+	+	+	+	+	+++	+++	+++	+++	+++	+1	+1
25	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
26	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
27	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
28	+	+	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	+1	+1
29	+	+	+	+	+	+	+	+++	+++	+++	+++	+++	+1	—1
30	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
31	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	—	—	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
34	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
35	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
36	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
37	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
38	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
39	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
40	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1

РЕЗУЛЬТАТ: *все склеромные штаммы дали разложение инозита с образованием кислоты без газа.* Тоже—и культуры 2, 9, 17, 23, 37 38 и 39.

Кислоту и газ: 14, 19, 24, 29 и 40.

Не разлагают 16 и 32.

Мелицитоза (Mz.)

№№	Кислота						Газ						Результат	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Кисл.	Газ
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
29	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
34	—	+	+	+	+	+	—	+	++	++	++	++	+2	+2
35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
37	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

РЕЗУЛЬТАТ: *склеромные палочки не разлагают мелицитозы.*

Тоже—и другие капсульные микробы.

Салицин (Sal).

№№	Кислота 1	2	3	4	5	6	Газ 1	2	3	4	5	6	Результат Кисл.	Газ
1	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
2	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
3	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
4	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
5	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
6	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
7	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
8	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
9	+	+	+	+	+	+	—	+	++	++	++	++	+1	+
10	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
11	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
12	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
13	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
14	+	+	+	+	+	+	—	—	—	++	++	++	+1	+4
15	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	
18	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
19	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	+1	+1
20	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
21	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
22	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
23	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
24	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1
25	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
26	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
27	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
28	+	+	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	+1	+1
29	—	+	+	+	+	+	—	+	++	++	++	++	+2	+2
30	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
31	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
33	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
34	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+1	+1
35	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
36	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
37	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
38	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
39	+	+	+	+	+	+	—	—	—	—	—	—	+1	—
40	+	+	+	+	+	+	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+1	+1

РЕЗУЛЬТАТ: *все склеромные культуры разложили глюкозид (салицин) с образованием кислоты без газа.* Тот же результат получен с культурами 2, 17, 37, 38 и 39.

Образование кислоты и газа дали: 9, 14, 19, 23, 24, 28, 29 и 40. Не разлагают 16 и 32.

Суммируя результаты наших исследований относительно р. ферментации, которая получается в „сахарных“ средах под влиянием роста склеромной палочки Фриша, мы можем сл. обр. определить признаки этого микроба.

„Сахара“	Кислота, газ
Lac., Er., Du., In, Mz.	К—, Г—.
Gl., Le., Ga., Mn., Ra., De., St., It., Ar., Rh., Mt., Sal., So.	К+, Г—.
Glc. X, Ad., So	К + или (изредка)—, Г—.

Т. о. ясно выступают особенности пал. риносклеромы, отличающие ее от других микробов капсульной группы, именно:

1. Не образует газа, как правило.
2. Не разлагает лактозы, как правило.
3. Разлагает, за исключением Er., Du., In., и Mz., обычно все „сахара“ с образованием кислоты, но без газа.

В этой статье мы не даем классификации микробов капсульной группы, указываем только, что *пал. Фриша обладает вполне типичными признаками в отношении р. брожения.*

Мы видим из таблиц, что ряд культур не разлагают ни одного углевода и спирта (16 и 32); другие культуры не дают образования газа, дают кислоту в тех же средах, как и склеромная палочка, *но отличаются от последней разложением лактозы;* иные культуры являются резкими газообразователями. Все эти штаммы отличаются от пал. риносклеромы по своим морфологическим (характер молодой колонии), серологическим (р. св. комплемента и агглютинации), а также по росту в желчи.

Остановимся лишь вкратце на свойствах bac. mucosus capsulatus (Pfeifferi). Среди 40 исследованных нами культур две—принадлежали пал. слизистой Пфейффера. Это штаммы 16 и 32, *которые не дали разложения ни одного сахара и спирта, также глюкозидов (салицин, амигдалин).* По характеру молодой колонии на агаре, эти две культуры резко отличаются от строения склеромной колонии, но идентичны между собой. Необходимо здесь указать, что, микроскопируя молодые колонии культуры № 2, мы обратили внимание на неоднородный их характер; при этом можно было обнаружить и такие колонии, которые ничем не отличались от вида колоний наших культур 16 и 32. По способу микроскопического отсева („гарнунирования“) мы выделили эту колонию в чистой культуре, которая на поверхности агара дала перламутрово-слизистый рост, подобно основной „культуре“ 2. Эта культура, обозначенная №-ом 2а, *идентичная по виду молодой колонии с культурами 16 и 32, не давала разложения ни с одним из сахаров, спиртов и глюкозидов, т. е. представляла собой также культуру слизистой палочки Пфейффера.*

	Кислота		Г а з	
	2	2a	2	2a
Gl	+	—	—	—
Le	+	—	—	—
Ga	+	—	—	—
Mn	+	—	—	—
Sa	+	—	—	—
Lac	—	—	—	—
Ma	+	—	—	—
Ra	+	—	—	—
De	+	—	—	—
In	—	—	—	—
St	+	—	—	—
Gln	+	—	—	—
Er	—	—	—	—
X	+	—	—	—
Ar	+	—	—	—
Rh	+	—	—	—
Du	—	—	—	—
Mt	+	—	—	—
So	+	—	—	—
Ad	+	—	—	—
It	+	—	—	—
Mr	—	—	—	—
Sal	+	—	—	—

Т. о. культура № 2 являлась смешанной: 1) b. mucosus Pfeifferi и 2) палочка, которая по ферментативным своим свойствам была склеромной.

Из данного примера мы видим, что колонии слизистой палочки Пфейффера являются вполне типичными, иными, чем колонии пал. Фриша. Далее подтверждается наш взгляд относительно важности метода прямого микроскопирования агара и выделения *чистых* культур способом микроскопического отсева.

На характеристике других капсульных микробов, именно палочки Абеля, Фридлендера и Aërogenes, мы остановимся в другом месте.

Перейдем теперь к изложению данных ферментации 40 наших штаммов в средах, содержащих следующие органические соли: natr. citricum (C), natr. l-tartaricum (l-T), natr. d-tartaricum (d-T), natr. i-tartaricum (i-T) natr. mucin. (M).

Питательная среда готовилась следующим образом: на 1 литр воды, вместо Либиховского экстракта и пептона, мы брали 10 гр. бактопептона, затем 1% соответствующей орган. соли. К одному литру этой среды прибавляется 12 к. с. 0,2% водного раствора бромтимолблау. Стерилизация и т. д. производилось, как указано выше.

Результат исследования.

Склеромные культуры.

№ №	C	l-T	d-T	i-T	M
1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 18, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 30, 31, 33, 35, 36,	—	—	—	—	—

РЕЗУЛЬТАТ: *все культуры склеромной палочки не дали разложения C, lT, dT, iT и M.*

B. mucosus capsulatus.

№ №	C	lT	dT	iT	M
2a, 16 и 32 . .	—	—	—	—	—

РЕЗУЛЬТАТ: *слизистая палочка Пфейффера*, так же как пал Фриша, *не разлагает C, lT, dT, iT и M.*

Реакция велась в термостате при 37° и отмечалась ежедневно, в течение 6 дней.

B. Aërogenes, B. Abel—Löwenberg, Diploboc. Friedländeri.

№ № 9, 14, 17, 19, 23, 24, 28, 29, 37, 38, 39, 40.		C	lT	dT	iT	M
1	сутки	— или +	—	— или +	—	+
2	„	+	—	+	—	+
3	„	+	—	+	—	+
4	„	±	—	±	—	+
5	„	—	—	—	—	+
6	„	—	—	—	—	+
		—	—		—	

РЕЗУЛЬТАТ: Палочки: *Aërogenes, Абеля и пнеймобацилл Фридлендера не разложили natr. l-tartar. и natr. i-Tartar., разложили natr. mucin. В средах с natr. citricum и natr. d-Tartaricum в первые 2-3 дня образуется незначительное количество кислоты, вследствие чего цвет среды из синего переходит в желтоватый, но затем в последующие дни среда опять синеет и мутнеет* (грязно-синий оттенок).

В последней таблице мы приводим сводные данные:

Культуры	C	lT	dT	iT	M
Пал. Фриша и пал. Пфейффера . . .	—	—	—	—	—
Пал. Абеля, Фридлендера и Aërogenes . .	+ затем —	—	+ затем —	—	+

Выводы.

В этой работе приведены результаты относительно ферментативных свойств пал. риносклеромы Фриша. Для изучения данного вопроса мы подвергли исследованию те культуры, которые были выделены из слизи больных с диагнозом, гл. обр.,— „склерома". Изолированные штаммы, прежде чем были подвергнуты бродильной пробе, изучены *морфологически* по методу агар-микроскопии, *серологически* (р. Bordet Gengou, р, агглютинации бесслизистого мутанта с иммунной сывороткой) *и на устойчивость к желчи.* Микробы, дающие на агаре характерные молодые колонии концентрической формы, связывающие комплемент с сывороткой больного риносклеромой, агглютинирующиеся иммунной сывороткой (сыворотка+мутант), неустойчивые к желчи,—обладает вполне типичными ферментативными свойствами, именно:

1) не образуют газа; 2) не разлагают лактозы, инулина, мелицитоза, дульцита и эритрита; 3) не разлагают солей виннокаменной кислоты, лимонно-кислого натра и муцин. натра и 4) разлагают, с образованием кислоты, ряд сахаров и спиртов.

Пал. Фриша по этим признакам может быть дифференцирована от других микробов капсульной группы.

Заключение

К ряду специфических признаков пал. риносклеромы, которые изложены нами в предыдущих работах, можно прибавить *свойственные лишь ей одной,* среди микробов всей слизисто-капсульной группы, *ферментативные особенности.* Этим еще более подтверждается самостоятельная биологическая роль бацилла Фриша.

Год работы Центрального Детского Диспансера в Минске.

Д-р З. С. Левин.

Наш Центральный Детский Диспансер, ввиду отсутствия в Белоруссии тех подсобных учреждений, куда можно было направить ребенка для лечения его болезней и исправления физических недостатков, должен заниматься не только задачами чисто профилактического характера, но и выполнять лечебные функции. Это положение несколько замедляет темп нашей работы, тем не менее мы за последний год имеем определенные достижения.

Начнем с лечебных кабинетов.

При диспансере имеется 6 лечебных кабинетов, где принимают врачи-педиатры, большей частью специалисты.

1. Внутренний с утренним и вечерним приемом. При чем два раза в неделю имеется прием профессора для консультации в особо затруднительных случаях.

2. Кабинет уха, горла и носа. К сожалению, один прием недостаточен; ежедневно имеется значительное количество отказов: об'ясняется это наездами из провинции для совета к нашему специалисту.

3. Накожные заболевания: один полный прием специалиста. Этот кабинет отчасти разгружен тем, что по фавусу у нас имеется специальный прием отдельно, но несмотря на это количество больных в день не ниже выработанной нормы.

4. Хирургический прием с перевязками и операционными днями для амбулаторно проводимых операций.

5. Глазные болезни с двумя полуприемами утром и вечером. Один день в неделю выделен для обследования классов тех школ, где имеются подозрительные по трахоме ученики.

6. Зубоврачебный прием с утренними и вечерними сменами, где работают пять полных врачебных единиц на пяти креслах.

Работа этих кабинетов и пропускная их способность представлена на прилагаемой таблице (см. табл. № 1).

Обследовательская профилактическая работа находится у нас в стадии разворачивания и расширения, а потому она еще не получила свою организационную законченность, но в это же самое время имеются у нас кабинеты, которые уже организованно проводят свою работу и добились известных научных результатов.

Антропометрический кабинет имеет наблюдение за всеми школами гор. Минска, но, к сожалению, по масштабу своей работы в состоянии охватить только младшие группы, т. е. от 0 до 4-го класса. Таким образом под постоянным наблюдением Диспансера находятся 5 тысяч с лишним детей. Дети из года в год подвергаются осмотру, измеряются, взвешиваются и все сведения собираются и разрабатываются, только благодаря этому Диспансером разработаны штандарты Белорусского ребенка, т. е. нормальный средний рост, вес и т. д. В ан-

Таблица № 1

Движение лечебных больных по месяцам по кабинетам

МЕСЯЦЫ	Внутрен. к-нет	Уха, горла и носа к-нет	Накожн. к-нет	Хирург. к-нет	Глаз. к-нет	Зубоврачебн. к-нет	Итого за месяц
Декабрь 25 г.	1043	759	1997	853	1195	2424	8381
Январь 26 г.	931	734	575	657	1075	2153	6725
Февраль „	1043	812	605	715	1156	2531	8862
Март „	1094	858	462	763	1202	1420	6799
Апрель „	959	899	514	611	1488	2598	7369
Май „	1013	838	213	686	1301	2027	6078
Июнь „	1137	803	448	774	1091	1743	5796
Июль „	1120	703	655	623	1069	1382	5552
Август „	970	602	740	499	1007	1826	5644
Сентябрь „	723	709	776	707	1141	1660	5816
Октябрь „	806	878	731	872	1287	1453	6067
Ноябрь „	910	836	814	915	1400	1331	6206
ИТОГО	10909	9431	8530	8962	14412	23643	75906
Среднее кол. в месяц	909	786	711	748	1201	1970	6325

тропометрическом кабинете пока работает полторы врачебных единиц. Мы стремимся довести до двух. Этот кабинет имеет кроме того $1/2$ врача ушника и $1/2$ врача глазника, которые также ведут осмотр и наблюдение за этими же детьми. Само собой понятно, что эти подсобные половинки не в состоянии справиться со своей работой и половина детей остается не исследованными. В настоящее время благодаря дотации Рабмеда нам удалось глазника увеличить до полной единицы.

Фавозный кабинет. Большие успехи достигнуты нами в области борьбы с Фавусом и хотя это является в большей мере лечебной функцией, мы в пределах Белоруссии, где парша и стригучий лишай достигает громадных размеров и имеет значительное распространение, принуждены эту борьбу повести на профилактических началах и таким образом оздоровление одной головки спасает всю семью, школу, дет. дом и фабзавуч, от поражения этой болезнью. При фавозном кабинете работает $1 1/2$ врачебных единицы, имеется также эпиляционный кабинет, который подготовляет и заканчивает всю работу Рентгеновского кабинета, кроме того специальная патронажная сестра, так же как и сами врачи патронируют пораженных этой болезнью детей школы и их домашних в квартирах.

Всего обследовано патронажем 4043, оказалось больных 858 детей. Через Рентгеновский кабинет прошло за год 1063 фавозных и 288 с прочими заболеваниями, всего 1291 ребенок.

Нервно-психиатрический кабинет. К сожалению, этот кабинет имеет до сих пор только $1/2$ врачебной должности и по сложности нервно-психических обследований этот кабинет не особенно блещет цифровыми данными. Фактически врачу приходится заняться и лечением и обследованием. Недавно у нас было поставлено массовое обследование детей по методу проф. Россалимо, где по известным задачам и тестам можно сразу выявить способности или психическую одаренность всего класса. Мы надеемся за эту зиму еще больше расширить в этом отношении работу. Благодаря Рабмеду нам удалось и этот прием довести до полной врачебной единицы.

Зубоврачебно-санационный кабинет. Только в этом году, благодаря увеличению зубоврачебного штата и благодаря кропотливо длительному режиму экономии, проведенного на медикаментах, нам удалось поставить санационную работу с нового бюджетного года. Опыт у нас не большой, но блестящий. Мы переходим из класса в класс, тщательно осматриваем детские рты, исправляем абсолютно все имеющиеся дефекты зубов и таким образом мы надеемся дать крепко зубастую новую смену. На этой работе у нас сейчас заняты 3 зубврача с полной нагрузкой на 3-х креслах.

Самым крупным недостатком Диспансера было отсутствие лаборатории, ибо точность диагноза и, следовательно, квалифицированная помощь возможна лишь тогда, когда у вас под рукой имеется возможность проверить ваши сомнения.

Мы выявляем массовые недостатки, например, пораженность глистами, трихофитийным грибками, морфологию крови и гемоглобина у школьников и т. д. Кое-какие практические задачи массового характера уже проводятся, а еще больше намечается на ближайшее будущее. Я однако считаю эту работу не полной и за физико-химической лабораторией должна последовать и психо-техническая часть, о которой пока только приходится мечтать.

Основная работа Диспансера—это патронажно-обследовательская работа учреждений, домашнего быта и т. д. Обследование физического, а отчасти и психического состояния ребенка в школах делается нашими врачами и охватывается значительная группа детей. Что же касается их домашнего быта и условий, то это делается только попутно в связи с инфекционными поражениями, как парша, стригучий лишай, трахома. Но и это делается недостаточно. Ибо хорошо иметь патронаж в одной области, где домашнее обследование может привести к определенным результатам, как это имеет место при парше и трахоме. Мы, например, пока бессильны, что либо делать в борьбе со вшивостью, с хроническими недоеданием и, следовательно, с так называемой школьной анемией, головными болями и т. д. Мы успели пока провести через Окрздравский Рабмед и через ее тройку вопрос о диэт. столовой, площадке, но судьба этого учреждения пока еще не решена.

Я вкратце остановлюсь на работе нашей дет. консультации.

Симбиоз таких двух учреждений, где за профилактикой грудного возраста следует профилактика дошкольного и школьного возраста, является удачной проведенной идеей преемственности. Нужно однако сознаться, что идея хотя и осуществлена, но использовать ее можно будет только в ближайшем будущем, когда у нас будет достаточно врачебного персонала, чтобы эту преемственность осуществить полностью.

Наши общественные задачи. Для осуществления нашей связи со всеми лицами и учреждениями, которые творят труд и быт ребенка и подростка для того, чтобы приблизить нашу работу к трудящемуся и сделать его участником этой работы, нами был создан совет охраны здоровья детей и подростков. В этом совете являются активными участниками, врачи ОЗД, педагоги, родители, сами учащиеся и представители общественных партийных и советских организаций, которые непосредственно заинтересованы в этой работе. Таким образом наш совет имеет следующие секции, которые всесторонне охватывают все уголки жизни ребенка и подростка: 1) Медико-педагогическая, 2) Школьсанкомиссия, 3) Родительская, 4) Пионерская, 5) Юнсекция, работающая среди подростков фабзавучей и профшкольцев, 6) Физкультурная,

7) Организационно-финансовая. Из всех этих секций наиболее жизнедеятельной и работоспособной оказались медико-педагогическая, школсанкомская, а отчасти юнсекция и родительская. Остальные пока недостаточно себя проявили и надо думать, что ближайшее будущее раскачает понемножку деятельность и других секций. На секциях уже стояли такие важные вопросы, как регулирование учебы в школе с таким расчетом, чтобы устранить все вредные для здоровья моменты. Конкретно стоял вопрос о сменах и переменах, о классной мебели, о горячих завтраках, о бане для школьников. Рассматривался очень детально вопрос о задачах школьно санитарного врача в школе, о преподавании гигиены в школе, о роли врача на уроках физ. воспитания, в педсоветах и на родительских собраниях. Много из этих вопросов получили свое разрешение, а еще больше их стоят на очереди.

Всего посещений и обследований за год составляет.	131.000
Из лечебн. посещен первичн. и повторн. . . .	75.906
Проф. санационных обследовательских . . .	55.095

Ознакомившись с внутренним содержанием нашего учреждения со всей структурой его работы, я считаю нелишним ознакомить вас с количеством персонала, обслуживающим это учреждение, и теми средствами, которое государство на это тратит. Будем руководствоваться той сметой и тем штатом, которое имеется на 1-ое октября 1926 года.

Врачей разных специальностей . . .	13½	единиц.
Проф. Консультант	½	"
Зубврачей лечебн. и санационных . . .	8	"
Фельдшериц	2	"
Сестер медицин. и патронажных . . .	17½	"
Санитарок уборщиц и сторожей . . .	11	"
Администрат.-хозяйст. персонал . . .	3	"
Регистратор. статистик	4	"
	61½	единиц

Наш бюджет составляется из основных сумм, отпущенных госбюджетом и дотации Рабмеда.

Госбюджет на 26/27 г.	47.688
Фонд „Г“ на дотац. персоналу	11.708
„ „Г“ на оборудов. и медикам	2.545
ИТОГО .	61.941

Таким образом, с приблизительной точностью одно посещение или лечебное, либо обследовательское нам обходится в 47,2 коп.

Перейдем сейчас к перечету всех наших недочетов, неувязок и в связи с этим к тем перспективам, которые сейчас намечаются в смысле улучшения и углубления нашей работы в течение текущего бюджетного года.

Основной дефект в нашей работе является наше помещение—быв. частное жилье, не совсем подходящее по своему расположению и комнатам. Неуклонное расширение нашей деятельности еще больше перегружает наши кабинеты работой и в общем работа от этого не выигрывает. Наше помещение не имеет раздевальни, что опять таки вносит дисонанс в идее профилактики, которые мы должны привить нашим малым пациентам. Оборудование кабинетов не совсем удовлетворительно, то же самое касается и белья.

Наши перспективы: нельзя сказать, чтобы ближайшее время нам дало возможность исправить все те дефекты хозяйственного и квартирного свойства. Они будут изживаться постепенно по мере возможности. Многое зависит еще от будущего бюджета.

Но самым отрадным явлением в нашей работе—это то, что внутреннее содержание в нашей работы преображается. За этот год профилактическая и обследовательская часть нашей работы выросла и подвинулась из узких стен вашего учреждения к широким массам детей и подростков. Мы пока только у предверья, но самая тяжелая часть пройдена и все задержки этой волны работы мы надеемся изжить.

За прошлый год удалось поставить лабораторию. В ближайшее время нами ставятся две основные задачи по лаборатории: 1) Выявление распространения туберкулезного инфекта среди детей путем массовой пиркетизации. 2) Выявление распространения малокровия среди детей школьного возраста, на основании морфологической картины крови. Нами уже проводится довольно интересное задание, которое мы в скором времени заканчиваем, это распространенность глистных заболеваний среди детей. Уже накоплен значительный материал, но он еще недостаточен и необходимо его еще больше увеличить.

Наш зубной кабинет до сих пор делал большую работу, но текущий год даст возможность поставить работу так, что мы будем в состоянии охватить этим кабинетом до 8.000 организованных детей.

Антропометрический кабинет имеет уже довольно большой опыт в работе и этот год дал возможность завершить такую важную для Белоруссии проблему, как установление штандартов для ребенка. Недостаток охватываемых детей мы надеемся исправить введением еще одной врачебной единицы в Антропометрический кабинет.

Нервно-психиатрический кабинет за этот год перестал быть пасынком учреждения; наименее нагруженный из всех кабинетов он перешел к изучению психического облика ребенка, его дефектологии и одаренности. В нынешнем году, как и отчасти в прошлом году, он переносится из узких стен кабинета в широкое поле школ. Изучение ребенка в обычной дня него обстановке, выявление всех его дефектов и успехов, выявление окружающей его вредности,—вот что стало лозунгом проводимой педологией.

Но самая большая победа, завоеванная нами в этом году, это— связь со всеми учреждениями и теми лицами, которые воспитывают и охраняют ребенка, т. е. творящие труд и быт его. Я говорю о нашем совете охраны здоровья детей и подростков, роль которого была мною очерчена выше. Перенеся наши достижения и разочарование из узких стен Диспансера на путь широкой общественности, мы становимся крепче и увереннее в своей работе, ибо приобретаем хорошего руководителя и помощника в лице общественного контроля и его защиты. Создание финансового базиса под такое полезное учреждение является срочным и необходимым.

Мы в достаточной мере использовали наш Рентгеновский кабинет. Но профилактическая работа Рентгеновского кабинета этим не должна органичиться. Рентгеновский кабинет должен быть использован на все сто процентов, он должен стать помощником Диспансера в деле выявляния точного диагноза среди детей.

Накопленный материал в Диспансере указывает на то, что самая точная диагностика какого-либо заболевания еще не в состоянии излечивать это заболевание. Все наши лекарства становятся бессильными, если перед нами имеется факт малокровия или слабость, неустойчивость ребенка от хронического недоедания, либо неправильного питания.

Еще в прошлом году была выдвинута нами задача устройства при Диспансере диэт-столовой площадки, которая бы восполнила этот пробел. И только в этом году мы надеемся, что план, лежавший под спудом так много времени, наконец, получит свое разрешение.

Вот собственно говоря, все наши чаянья и надежды и если мой перспективный план не блещет слишком большим размахом, то это благодаря тому, что придерживаюсь лучше скромного да верного, нежели блестящего, но увы не всегда выполнимого. Самая главная и заветная наша мечта, чтобы Детский Центральный Диспансер в Минске воистину и полностью заслужил свое название.

Три года работы детской клиники Б. Г. У.

Проф. А. Леонов.

Детская клиника Б. Г. У., основанная 1-го октября 1924 г., в настоящее время рассчитана на 72 штатных койки, при чем по характеру больных эти койки распределяются на следующие отделения: грудное—30 коек, отделение для детей старшего возраста—30 коек, и, наконец, туберкулезное отделение—12 коек. Кроме того, при клинике имеется еще боксированный изолятор на 4 койки.

За три года существования клиники ею пропущено было 4155 больных, из которых за период с 1-го октября 1924 года по 1-е января 1926 года прошло 1260 больных, за весь 1926 год—1518 и за 9 месяцев 1927 года—1377.

По возрастным группам все это количество больных распределяется так:

Таблица 1.

Возраст	Количество
От 0 до 6 м-цев	631
„ 6 м. „ 1 года	796
„ 1 г. „ 2 „	800
„ 2 „ „ 5 „	715
„ 5 „ „ 10 „	623
„ 10 „ „ 16 „	591
Всего	4155

Таким образом, из этих цифровых данных явствует, что обращаемость за лечебной помощью в клинику с каждым годом увеличивается и что. следовательно, популярность и авторитет клиники среди населения, а также и доверие к ней из года в год растет. Далее из приведенной таблицы следует сделать еще один вывод, именно, что главный возрастной контингент больных клиники—дети раннего возраста, от 0—до 2-х лет, с каждым годом возрастает: из общего количества 4155 больных на этот возраст приходится—2227, т. е. количество большее чем 50% (53,5%).

В отношении половых признаков все количество больных распределяется таким образом: мальчиков—2179 и девочек—1976, т. е. оба пола представлены почти в одинаковых соотношениях.

Что же касается до национального состава больных детей, прошедших за весь этот период через клинику, то здесь имеются такие цифровые данные:

Таблица № 2.

Национальность	Количество
Белоруссы	2745
Евреи	1034
Великороссы	134
Поляки	139
Украинцы	15
Немцы	52
Литовцы	3
Татары	19
Латыши	9
Венгерцы	1
Армяне	1
Сербы	1
Цыгане	2
Всего	4155

Следовательно, самое большое количество больных приходится на детей—белоруссов, а затем идут евреи; остальные же национальности БССР, как то великороссы, поляки и т. д. дают малые цифры. Само собой разумеется, что выводов из этого никаких не приходится делать, ибо эти национальные отношения целиком укладываются в те процентные соотношения, которые имеются между национальностями, населяющими территорию БССР.

Переходя теперь к социальному составу больных клиники, мы прежде всего должны подчеркнуть, что подавляющее большинство больных детей клиники являются детьми членов различных союзов, т. е. застрахованных (см. табл. 3); далее следует значительное количество детей крестьян, различных округов и, наконец, также большой процент детей кустарей и не членов союза.

В отношении же остальных групп населения—военно-служащих, безработных и т. д., следует сказать, что на них приходится весьма незначительная цифра.

Таблица № 3.

Социальное положение	Количество	Примечание
Дети членов профсоюзов	2256	1) Безработные включены в общую группу членов профсоюзов.
„ крестьян	1183	
„ кустарей	213	
„ военно-служащих	119	2) Беженцы отнесены в группу с соц. обеспечением.
„ безработных	—	
„ соц. обеспеч.	384	
„ беженцев	—	

Необходимо указать еще на то обстоятельство, что в общее количество 4155 больных входят больные дети, не только города Минска и его округов, но также больные дети других округов и районов Белоруссии. Правда цифры эти не велики, но все же они ясно говорят о том, что детская клиника с каждым годом все больше и больше приобретает значение обще-республиканского лечебного детского учреждения.

Цифровые данные распределения больных по отдельным городам и округам представлены на таблице № 4.

Таблица № 4.

Наименование округов	С 1-го октября 1924 г. по 1-е января 1926 г.	За 1926 г.	С 1-го января 1927 г. по 1-ое октября 1927 г.	Общее количество
г. Минск	839	1020	711	2570
Минский округ	336	417	495	1248
Борисовский „	49	23	73	145
Бобруйский „	8	22	30	60
Гомельский „	1	—	1	2
Слуцкий „	7	14	18	39
Мозырский „	5	2	14	21
Калининский „	1	2	—	3
Оршанский „	12	11	21	44
Могилевский „	2	4	12	18
Витебский „	—	2	—	2
г. Смоленск	—	1	2	3
Итого	1260	1518	1377	4155

Итак, главная масса больных приходится, как это видно из табл. 4, на город Минск и его округ. Чем же об'яснить, что на остальные округа приходится малое количество больных? Здесь, несомненно, имеет значение несколько причин, из которых главная заключается в том, что клиника находится в Минске и, следовательно, население Минска имеет большие возможности использования лечебного учреждения, нежели население других городов. Но кроме этого не лишено известного значения и то обстоятельство, что клиника существует только лишь всего три года и что до открытия детской клиники БССР не имела настоящей клинически поставленной детской больницы и таким образом население только лишь недавно получило возможность помещать больных детей в специальное детское лечебное учреждение, которое постепенно приобретает авторитет и доверие населения.

С другой стороны нельзя оставить без внимания и то соображение, что на приток окружных больных в клинику имеет большое значение расстояние данного места от Минска и пути сообщения: ближайшие округа, как, например, Борисовский, Бобруйский и Оршанский дают наибольшее количество больных и, наоборот, округа с плохими путями сообщения и далеко расположенные от Минска (Калининский, Мозырский и др.) дают наименьшее количество больных (Гомельский округ не может быть принят в соображение, так как он недавно присоединен к Белоруссии, а кроме того в самом Гомеле имеется детская больница).

Выше уже было указано, что общее количество прошедших через клинику больных равно 4155 человек. С какими же заболеваниями имела дело Детская клиника? На этот вопрос исчерпывающие ответы дадут табл. 5—10. Как видно из этих таблиц количество заболеваний велико и чрезвычайно разнообразно: здесь представлены заболевания, как отдельных органов, так и целого организма, болезни обмена веществ, расстройства питания, заболевания органов с внутренней секрецией, общие инфекционные болезни, врожденные дефекты и пороки развития, отравления и т. д. Общее количество различных заболеваний прошедших за этот период через клинику без повторных больных, равное 3612, делится так, что на первом месте стоят болезни дыхательного аппарата, включая сюда и болезни плевры, именно на них приходится 1038, т е. 28,7%. Вслед за болезнями органов дыхания идут расстройства питания и пищеварения у детей грудного возраста, составляющие в общей сумме 576 больных, или 15,9%.

Таблица № 5.

№ №	Наименование заболевания	Общее количество больных	Исход				% смертности	Колич. койко-дней
			Выздоровело	Выпис. с улучшен.	Выпис. без изменений	Умерло		
	Болезни желудочно-кишечного канала	**194**	**104**	**43**	**36**	**11**	**5,6**	**1433**
1	Афтозный стоматит	7	7	—	—	—	—	36
2	Язвенный стоматит	1	—	1	—	—	—	5
3	Молочница	2	2	—	—	—	—	5
4	Гастрит острый	15	10	4	1	—	—	112
5	Язва желудка	2	—	2	—	—	—	43
6	Ахилия	11	—	4	7	—	—	120
7	Пилороспазм	8	2	4	2	—	—	113
8	Колит острый	24	7	9	5	3	—	155
9	Колит хронический	3	—	1	2	—	—	55
10	Колит геморрагический	31	15	8	6	2	—	227
11	Колит мембранозный	1	—	—	—	1	—	10
12	Аппендицит острый	7	4	1	2	—	—	68
13	Аппендицит хронический	—	3	4	—	—	—	44
14	Заворот кишек	2	—	—	1	1	—	4
15	Болезнь Гиршпрунга	2	—	—	1	1	—	8
16	Полип прямой кишки	3	—	—	3	—		27
17	Копростаз	1	1	—	—	—	—	2
18	Глисты	62	56	6	—	—	—	364
19	Перитонит гнойный	5	—	—	2	3	—	35
	Расстройства питания и пищеварения	**576**	**322**	**55**	**117**	**82**	**14,2**	**3786**
20	Диспепсия	326	255	5	57	9	2,7	2054
21	Токсикоз	201	67	35	40	59	29,3	1404
22	Гипотрофия	22	—	11	9	2	9	153
23	Атрофия	27	—	4	11	12	44,4	175
	Болезни печени	**8**		**1**	**7**	**—**	**—**	**139**
24	Цирроз печени атроф.	5	—	1	4	—	—	79
25	Болезнь Банти	1	—	—	1	—	—	43
26	Тумор печени	2	—	—	2	—	—	17
	Болезни дыхательного аппарата и плевры	**1038**	**448**	**266**	**178**	**146**	**14**	**9805**
27	Ангина	34	22	—	2	—	—	134
28	Ложный круп	3	3	—	—	—	—	11

Таблица № 6.

№№	Наименование заболевания	Общее количество больных	Исход: Выздоровело	Исход: Выпис. с улучш.	Исход: Выпис. без изменений	Исход: Умерло	$^0/_0$ смертности	Количество койко-дней
29	Заглоточный абсцесс	10	4	4	1	1	—	159
30	Бронхиальная астма	21	—	15	6	—	—	139
31	Бронхит острый	124	55	49	20	—	—	791
32	Пневмония крупозная	203	132	32	14	25	12,3	1.760
33	„ катарральная	532	205	122	91	114	21,4	4.781
34	Абсцесс легких	3	2	1	—	—	—	25
35	Плеврит сухой	20	8	7	5	—	—	208
36	„ серозный	30	9	18	3	—	—	532
37	„ серо-фибриноз	3	—	2	1	—	—	19
38	„ гнойный	63	7	16	34	6	9,5	1.226
39	„ геморроический	2	1	—	1	—	—	20
	Болезни сердца и его оболочек	**94**	**10**	**29**	**35**	**20**	**21,2**	**1.795**
40	Эндокардит острый	12	4	2	2	4	33	375
41	„ хронический	3	—	2	—	1	33	12
42	Пороки сердца приобрет.	46	—	18	1	11	—	43
43	„ „ врожден.	—	—	—	6	1	—	33
44	Миокардит	1	—	1	—	—	—	10
45	Перикардит сухой	7	—	3	4	—		140
46	„ серозный	2		—	1	1	50	44
47	„ гнойный	5	—	1	2	2	40	195
48	Невроз сердца	11	6	2	3	—	—	128
	Болезни почек и мочевыводящих путей	**135**	**31**	**53**	**44**	**7**	**5.1**	**2.453**
49	Вульво-вагинит гоноройн.	3	—	1	2	—	—	25
50	Пиэло-цистит	48	19	21	8	—	—	656
51	Нефрозо-нефрит острый	54	10	20	19	5	—	879
52	„ „ хронический	24	—	11	11	2	—	844
53	Гипернефрома	4	—	—	4	—	—	21
54	Паранефрит	2	2	—	—	—	—	28
	Болезни нервной системы и оболочек головного и спинного мозга	**479**	**48**	**67**	**170**	**194**	**40.5**	**5.868**
55	Менингит эпидемический	201	37	33	54	77	38,4	2.804
56	„ туберкулезный	114	—	—	28	86	—	797
57	„ пневмококков	3	—	—	1	2	66,6	30

Таблица № 7

№ №	Наименование заболевания	Общее кол. больных	Исход: Выздоровело	Исход: Выпис. с улучш.	Исход: Выпис. без изменения	Исход: Умерло	% смертности	Количество койко-дней
58	Менингит сифилитический	1	—	—	—	1	—	8
59	„ гнойный	7	1	—	1	5	71,4	83
60	„ неизвестн. этиологии	28	3	3	8	14	50	280
61	Энцефалит летаргический	11	—	1	7	3	—	116
62	Полимелит	21	—	13	7	1	—	512
63	Болезнь Литля	9	—	—	9	—	—	75
64	Болезнь Тэй-Закса	3	—	—	1	2	—	56
65	Опухоль мозга	5	—	—	3	2	—	39
66	Гидроцефалус	8	—	—	8	—	—	90
67	Эпилепсия	16	—	—	16	—	—	131
68	Хорея малая	14	5	6	3	—	—	391
69	Прогрес. мышечная атрофия	1	—	—	1	1	—	12
70	Заболеван. различн. нервов	10	1	5	4	—	—	116
71	Идиотия	16	—	—	16	—	—	131
72	Идиотия монголоидная	2	—	—	2	1	—	53
73	Истерия	8	—	6	2	—	—	129
74	Психоз	1	1	—	—	—	—	15
	Бол. крови и кроветворн. орган.	**13**	—	**2**	**9**	**2**	**15,3**	**174**
75	Анемия	2	—	1	1	—	—	14
76	„ апласт.	2	—	—	2	—	—	20
77	„ Якш-Гайема	4	—	1	3	5	—	57
78	Лейкоз	2	—	—	1	1	—	32
79	Лимфаденоз	3	—	—	2	1	—	51
	Аномалии конституции	**181**	**15**	**67**	**97**	**2**	**1.1**	**1708**
80	Экссудативный диатез	48	3	28	17	—	—	481
81	Лимф. гипопластич. диатез	4	—	—	4	—	—	71
82	Астенический диатез	14	—	—	14	—	—	118
83	Невропатия	13	—	5	8	—	—	92
84	Спазмофилия	39	5	10	23	1	—	200

Таблица № 8.

№№	Наименование заболевания	Общее количество больных	Исход: Выздоровело	Исход: Выпис. с улучшением	Исход: Выпис. без изменений	Исход: Умерло	% смертности	Количество койко-дней
85	Рахит	31	1	10	19	1	—	400
86	Ваготония	4	—	4	—	—		52
87	Статус дегенерат.	2	—	—	2	—	—	14
	Геморрагический диатез:							
88	Бол. Верльгофа	12	3	6	3	—		166
89	Пурпура Шонлейн-Геноха	3	1	1	1	—		51
90	Пурпура симптомат.	3	1	2	—	—		23
91	Бол. Меллер-Борлова	2	1	—	1	—		27
92	Псевдогемофилия (фибринопения)	1	—	1	—	—	—	2
93	Гемофилия	1	—	—	1	—	—	1
	Болезни обмена веществ и желез с внутренней секрецией	**25**	—	**2**	**22**	**1**	**4,7**	**573**
94	Диабет сахарный	1	—	—	1	—	—	143
95	Диабет инсипидус	6	—	—	5	1	16.6	237
96	Микседема	1	—	—	1	—	—	4
97	Бол. Базедова	3	—	2	1	—	—	30
98	Зоб	7	—	—	7	—	—	56
99	Дистрофия адипозогениталис	2	—	—	—	—	—	14
100	Пубертас прекокс	1	—	—	1	—	—	34
101	Инфантилизм	3	—	—	3	—	—	3
102	Гигантизм	1	—	—	1	—	—	2
	Болезни кожи	**14**	**5**	**4**	**3**	**2**	**14,2**	**193**
103	Пемфигус. новорожд.	2	—	1	—	1	—	26
104	Дерматитис эксфолиат	3	—	1	1	1	—	10
105	Импетиго контагиоза	1	—	—	1	—	—	1
106	Эритема узелковая	—	4	2	1	—	—	156
	Туберкулез	**391**	**1**	**139**	**218**	**33**	**8.4**	**10070**
107	Бронх желез	140	—	63	77	—	—	1346
108	Шейных желез	14	—	3	11	—	—	93
109	Мезентериальных желез	1	—	1	—	—	—	16
110	Легких	174	—	58	8	29	16.6	6152
111	Плевры	6	—	5	1	—	-	263
112	Брюшины	23	1	9	12	1	4.3	1062

Таблица № 9.

№ №	Наименование заболевания	Общее кол. больных	Исход: Выздоровело	Выпис. с улучш.	Выпис. без изменений	Умерло	% смертности	Количество койко-дней
113	Костей и суставов	24	—	—	24	—	—	834
114	Общий милиарный туб.	9	—	—	6	3	33,3	189
115	**Сифилис врожденный**	**16**	**—**	**1**	**14**	**1**	**6,2**	**115**
	Острые инфекционные болезни	**285**	**187**	**25**	**65**	**8**	**2.8**	**1957**
116	Паротит эпидемическ.	1	1	—	—	—	—	7
117	Коклюш	28	6	4	12	6	21,4	269
118	Скарлатина	10	—	—	9	1	—	38
119	Дифтерия	2	—	—	2	3	—	9
120	Краснуха	2	2	—	—	—	—	14
121	Ветряная оспа	1	1	—	—	—	—	11
122	Корь	9	1	2	6	—	—	56
123	Рожа	2	—	—	2	—	—	3
124	Столбняк	3	1	—	1	1	—	31
125	Бешенство	1	—	—	1	—	—	2
126	Брюшной тиф	12	4	1	7	—	—	111
127	Сыпной тиф	1	1	—	—	—	—	37
128	Малярия	16	5	6	5	—	—	133
129	Желтуха катарральная	28	14	10	4	—	—	372
130	Бол. Вейля	1	—	—	1	—	—	19
131	Грипп	168	151	2	15	—	—	845
	Различн. гнойные заболевания	**56**	**8**	**12**	**26**	**10**	**18,5**	**545**
132	Болезни пупка	4	4	—	—	—	—	20
133	Абсцессы в разл. местах организма	17	3	4	9	1	—	155
134	Поддиафрагмальный абсцесс	3	—	—	3	—	—	32
135	Гнойный отит	8	—	7	1	—	—	84
136	Остеомиэлит	7	—	—	7	—	—	64
137	Сепсис	17	1	1	6	9	52,9	170
	Различные болезни	**88**	**28**	**36**	**20**	**4**	**4,3**	**999**
138	Острый суставн. ревматизм	24	8	12	4	—	—	527
139	Хронич. " "	13	—	9	4	—	—	178
140	Люмбаго	3	3	—	—	—	—	23
141	Склеродема	1	—	—	1	—	—	3
142	Врожд. уродства	5	—	—	5	—	—	30

Таблица № 10.

№№	Наименование заболевания	Общее количество больных	Выздоровело	Исход. Выпис. с улучш.	Выпис. без изменений	Умерло	% % смертности	Количество койко-дней
143	Гематома головы . .	1	—	1	—	—	—	5
144	Солнечный удар . . .	1	1	—	—	—	—	9
145	Отморожение : : .	1	—	1	—	—	—	3
146	Травмы черепа . . .	18	9	5	1	3	16.6	67
147	„ др. частей тела . .	8	4	3	1	—	—	64
148	Ожоги	12	2	5	4	1	—	87
	Отравления	**27**	**19**	**5**	—	**3**	**11,1**	**90**
149	Зубными каплями (кокаин) . .	1	1	—	—	—	—	4
150	Скипидаром . . .	1	1	—	—	—	—	2
151	Бензином	3	3	—	—	—	—	6
152	Керосином	2	2	—	—	—	—	2
153	Уксусной кислотой . . .	8	4	2	—	2	25	37
154	Карболовой кислотой . .	1	1	—	—	—	—	17
155	Синильной кислотой (косточки абрикосов) . . .	1	1	—	—	—	—	1
156	Опием	1	1	—	—	—	—	2
157	Гиасциамином (беленой) . .	2	2	—	—	—	—	4
158	Фармалином . . .	1	—	1	—	—	—	2
159	Аммиаком (нашатырн. спиртом) .	1	—	1	—	—	—	1
160	Летучей мазью . . .	1	—	1	—	—	—	3
161	Синькой	1	1	—	—	—	—	1
162	Колбасным ядом . . .	2	2	—	—	—	—	4
163	Сулемой	1	—	—	—	1	—	4
	Всего . .	3612	1226	806	1.054	526	14,5	41.588

Примечание 1. В группу „выписавшихся без именения“ включены больные, которые выбыли из клиники, либо вследствие перевода в другое лечебное заведение—остро-заразную больницу, хирургическую клинику и т. д.; либо взяты родителями в безнадежном состоянии, перед летальным исходом, дабы избежать патолого-анатомического вскрытия ребенка; либо, наконец, как хроники и не подлежащие лечению в клинике, выписанные.

2. В табл. не включены совершенно повторные больные, поступившие в клинику вторично по поводу тех же самых заболеваний; таких повторных больных за три года было 543.

Далее следуют болезни нервной системы и мозговых оболочек—479, т. е. 13,2%, затем туберкулез различных органов и тканей—391, или 10,8% и, наконец, случайно попадавшие и по распознавании эвакуируемые в 3-ю больницу, острые инфекционные заболевания, включая сюда и гриппозную инфекцию—282 больных, или 7,8%.

В отношении же остальных заболеваний, как системных, так и по отдельным органам следует отметить, что на них приходится значительно меньшее количество больных. Так, например, на болезни желудочно-кашечного канала приходится -194 больных—5,3%, на аномалии конституции—181 больной—5%, на болезни почек и мочевыходящих путей—136 больных—3,7%, на болезни сердца и его оболочек—94 б.—2,6% и т. д.

Если теперь поставить вопрос, какие заболевания наиболее характерны для Белоруссии, то на этот вопрос прежде всего приходится указать на то колоссальное количество больных с поражениями органов дыхания - 28,7%, т. е. почти треть всех прошедших через Клинику больных. Нам думается, что об'яснить это можно, помимо обычных, банальных предрасполагающих моментов, еще и теми климатическими особенностями, свойственными Белоруссии. В самом деле ничто так не предрасполагает к заболеваниям дыхательных путей, как сырой болотистый климат, с большим количеством выпадающих осадков, почти обычной облачностью и, следовательно, с уменьшенным количеством солнечных дней.

Чрезвычайно характерно, именно, для белорусского детского населения большое количество заболеваний нервной системы и, главным образом, менингитов. Если общее количество больных, страдающих поражением нервной системы, прошедших за три года через Клинику, равно—479 больным, то на менингиты различной этиологии приходится--354 б. т. е. 74,7%. Количество поистине колоссальное, особенно если принять во внимание, что до сего времени ни одной из Клиник Союза не опубликованы цифры столь высокие, как наши, да к тому же за такой короткий срок.

Среди этих 354-х менингитиков—201, являются исключительно, эпидемическими (meningites cerebro - spinalis epidemika), что установлено, как клиническими методами исследования, так и бактериологическими (в Пастеровском Институте). Приходится думать о том, что в Белоруссии за последние годы церебро-спинальный менингит свил себе прочное гнездо и стал почти эндемическим, ибо в Детской Клинике не только за прошедшие три года, но и в настоящее время всегда на лицо 5—7 менингитиков.

Но если большую заболеваемость органов дыхания можно об'яснить климатическими особенностями Белоруссии, то большой процент заболеваний нервной системы полностью этим об'яснять не приходится.

Несомненно, что в этом виноваты ряд других каких то предрасполагающих условий, которые в настоящее время для нас не являются вполне ясными и подлежат дальнейшему изучению. Возможно, что это находится в связи с конституциональными особенностями белорусского детского населения, но с полной категоричностью в настоящее время мы по этому вопросу не высказываемся, ибо этот вопрос еще находится в стадии научной проработки. Основываясь на материале Детской Клиники, одно только с несомненностью можно сказать, что все национальности, населяющие БССР, в одинаковой мере поражаются эпидемическим менингитом и если цифры, относящиеся к двум основным национальностям—белоруссам и евреям (белоруссов, страдающих

эпидемическим менингитом в Клинике, прошло—128 или 63,6%, евреев же—61, т. е. 30,3%) как будто бы и дают право думать, что менингит у белоруссов чаще встречается, однако это не соответствует действительности ввиду определенного процентного соотношения между белоруссами и евреями на территории БССР.

Большое место среди различных заболеваний, прошедших через клинику, занимает туберкулез различных органов и тканей, при чем, как можно видеть из таблиц, преобладают легочные процессы (174) и железистые, особенно туб. бронхиальных желез (140). Поэтому, судя по материалу клиники, приходится считать туберкулез у детей Белоруссии значительно распространенным. В этом отношении могли бы дать исчерпывающие данные туберкулезные диспансеры, которые в процессе своей работы охватывают почти все группы туберкулезного детского населения.

Далее надо подчеркнуть еще одну характерную особенность белорусских детей в смысле заболеваний—это относительно большое количество редких болезненных процессов и аномалий конституции. Так, за описываемый период времени в Клинике имели место такие болезненные формы: три случая семейной амавротической идиотии (болезнь Тэй-Закса), один случай преждевременного полового созревания, два случая Dystrophia adiposo-genitalis, 6 случ. несахарного мочеизнурения, 22 случ. геморрагического диатэза, включая сюда, как различного рода пурпуры, так и гемофилию и авитаминозы.

Столь большое количество болезненных процессов, связанных по своей сущности с глубокими дегенеративными процессами, нарушениями обмена веществ и желез с внутренней секрецией, характеризует некоторую часть детского населения, как конституциально не полноценное с наклонностью с дегенерации. Несомненно, что в этом отношении приходится винить те тяжелые социально-экономические условия, и гнет, которые в течение столетий давили Белоруссию, как экономически, так и морально и тем самым подрывали основы физического и психического благополучия населения. В настоящее время, когда население Белоруссии раскрепощено от гнета царизма, когда Наркомздрав развил широкую и большую профилактическую работу и когда экономически Белоруссия с каждым годом растет, надо думать, что население постепенно изживет дегенеративные болезненные процессы. Само собой разумеется, что для этого потребуется не одно десятилетие.

Наконец, необходимо остановиться еще на одном моменте, который мы склонны считать если не характерным для Белоруссии, то во всяком случае заслуживающим того, чтоб о нем говорить. Речь идет об относительно большом проценте несчастных случаев среди детского населения: здесь имели место травмы различных частей организма (18 травм черепа и 8—др. частей), ожоги (12) и отравления (27 случ.), при чем среди отравлений попадаются самые разнообразные случаи—отравления керосином, сулемой, алкаллойдами, кислотами и т. д. Особенно обращает на себя внимание большое количество отравлений уксусной кислотой или по просту говоря уксусной эссенцией (8 случ.).

Нам хотелось бы обратить внимание Наркомздрава на это обстоятельство, ибо отравление уксусной кислотой в раннем детском возрасте (а наши все случаи касаются детей от 1 года до 3 лет) являются наиболее тяжелыми и часто смертельными. Так из 8 детей, отравившихся уксусной эссенцией, полностью выздоровело только 4, двое детей погибли, т. е. смертность равна 25% и, наконец, двое выписалось хотя и с улучшением, но в последующем они не гарантированы от стриктур и рубцов пищевода и желудка. И вот мы полагаем, что

Наркомздрав мог бы заинтересоваться этим обстоятельством и возбудить перед соответствующими органами ходатайство о воспрещении продавать населению уксусную эссенцию, а продавать лишь разведенный уксус, концентрация которого не высока и, следовательно, при случайном приеме внутрь не может вызвать тяжелых поражений пищеварительной трубки.

Покончив с кратким обзором заболеваний, прошедших через клинику, переходим теперь к последнему вопросу: какова же смертность больных в клинике.

Если принять во внимание, что всего за описываемый период умерло в клинике—526 больных, и если это количество отнести не к общему количеству—4,155, а к—3,612, т. е. исключив всех повторных больных, среди которых летального исхода не наблюдалось, то получим, что общая средняя смертность среди больных клиники равна—14,5%.

Само собой разумеется, что эта цифра только средней смертности и что различные заболевания дают то более высокие цифры, то более низкие. В этом направлении первое место занимают заболевания нервной системы и, главным образом, менингиты—40,5%, затем идут различные гнойные заболевания—18,5% и, наконец, третье место занимают расстройства питания и пищеварения у грудных детей и заболевания органов дыхания (14% и 14,2%). Что же касается смертности во всех остальных группах заболеваний, то на них мы останавливаться не будем—интересующиеся этим вопросом найдут исчерпывающие ответы в приведенных выше таблицах.

Этим мы кончаем краткий медицинский обзор заболеваний, прошедших за три года существования детской клиники.

Детская клиника, из года в год совершенствуя и квалифицируя свою лечебную постановку, расширяя и углубляя научную работу, улучшая и пополняя свое оборудование, своим существованием всецело обязана исключительно внимательному и заботливому отношению Наркомздрава и Окрздрава—с одной стороны и Университету—с другой, поэтому клиника, подчеркивая столь ценное отношение к ней, со своей стороны заверяет, что ею будут отданы все силы и старания на помощь детскому населению Белоруссии и на научную разработку заболеваемости и конституциональных особенностей его.

Краткий исторический очерк больницы для хроников.

Д-р С. Урванцов.

Больница для хроников была основана в 1904 г. на частные средства.

Первоначально был выстроен деревянный дом (длиною 9 п. с., шириною 5,6 п. с., длина меньшего крыла 6,4 п. с., ширина 4 п. с., высота 2,7 п. с.), здание для конюшни и цейхгауза и ледник.

В 1907 г. больница была передана в ведение Губернского Комитета по делам земского хозяйства, который включил ее в состав Губернской больницы в виде отделения для хроников. Связь между этим отделением и Губернской больницей была только фиктивной, так как отделение для хроников находилось в другой части города, имея свой особый медицинский персонал, самостоятельное хозяйство и смета составлялась независимо от Губернской больницы.

В 1908 году произведена небольшая пристройка к зданию конюшни.

В 1911 году, с введением земства, больница для хроников выделена в самостоятельное лечебное заведение и в том же году приобретен под больницу, в собственное владение, участок земли размером в 1841 кв. саж., на углу Ямской и Долгобродской улиц, кроме того построены навес для дров, мусорная яма, покойницкая и будка с артезианским колодцем. Позднее в 1914 г. установлена при больнице биологическая станция.

Военные действия помешали дальнейшему развитию больницы, предполагалось земством помимо проведения водопровода и устройства прачечной,—постройка двух'этажного каменного больничного здания на свободном плацу.

При передаче из частного владения в Губернский Комитет, больница для хроников подверглась некоторой переделке и капитальному ремонту.

Капитальный ремонт с устройством крытой веранды для больных предполагался в 1923 году, но отложен на неопределенное время.

Здание больницы, размер которой 125 кв. саж., в настоящее время состоит из семи палат, ванной и уборной для больных, кабинета врача, где помещается канцелярия и аптека, квартир—по одной комнате завхоза и сестры-экономки и уборной для персонала, всего тринадцать комнат. В полуподвальном этаже этого здания—кухня с небольшой кладовой и общежитие для санитарок. В этом же здании подвал для хранения овощей.

Деревянное здание для конюшни и цейхгауза под одной крышей с небольшою пристройкой для склада негодного инвентаря. Конюшня с каретником в одном помещении, цейхгауз из двух отделений, в одной хранится больничное имущество и медикаменты, в другом—продукты. Покойницкая и рядом под одной крышей, помещение для хранения одежды больных.

При больнице ледник, навес для дров и телеги.

Рядом с больницей снимается частное здание под общежитие служащих. Из 19 чел. служащих 10 живут при больнице, остальные на частных квартирах.

В больнице и общежитии имеется 9 голландских печей, 4 кухонных очага, 1 камин и 1 ванная печь, всего 15 топок. Освещение электрическое, всего 19 электрических лампочек. Водоснабжение—артезианский колодец. С городом имеется сообщение по телефону (№ 340). Транспорт состоит из одной лошади. За отсутствием прачечной белье моется при 2-й городской советской больнице. Имущество больницы оценено в 15.530 руб. золотом.

Персонал больницы состоит из 19 человек: 1 врач, 1 делопроизводитель, 1 лекпом, 2 сестры, 1 завхоз, 1 сестра-экономка, 6 санитарок, 2 кухарки с помощницей, 1 кучер, 1 ночной сторож и 2 рабочих.

Лекпом ведет медицинскую отчетность и аптеку. Дежурство установлено суточное. Сестры находятся при больнице до 11 час. вечера, после чего подает помощь больным в экстренных случаях сестра-экономка, с медицинским образованием. Санитарки сменяются три раза в сутки; дежурные—дневная, вечерняя и ночная. Установлено дежурство по двору и кухне.

Больница для неизлечимых при своем основании была расчитана всего на 20 коек, с переходом в земский комитет число коек увеличено до 40, а в 1923 г., при составлении сметы, штат установлен в 45 коек.

Больница для хроников играет большую роль в жизни населения, в больнице сосредотачивается та беднота, которая не только обременяет в домашней обстановке трудящихся, но и не имеет в семье надлежащего за собою ухода и лечения. Больница для хроников и для городских больниц несет значительную помощь, разгружая их от залежавшихся больных для острых больных. С основанием Университета-клиники еще более нуждаются в разгрузке от хроников. Наконец, Инвалидные Дома, не имея своих лечебных заведений, могут пользоваться для заболевших своих иждивенцев исключительно больницею для хроников. Больница требует расширения и в этом должны быть заинтересованы помимо Горздрава—Собес и Страхкасса. До перехода больницы для неизлечимых в земский комитет не сохранилось никакой отчетности и сведений о ее деятельности, она скорее напоминала по своему устройству богадельню, не было правильной постановки врачебной помощи, врач посещал больницу не регулярно, а по мере надобности, в свободное время от своих прямых обязанностей. И только с 1907 г. больница для хроников вошла в число больничных учреждений и стала правильно функционировать.

С 1907 г. по 1922 включительно за неполных шестнадцать лет. в больницу поступило 3177 больных, из них выбыло 1.650 (50%), умерло 1.488 чел. (около 47%) и осталось на 1923 г.—39 больных.

По годам движение больных было следующее:

№ №	Год	Оставалось	Прибыло	Выбыло	Умерло	Осталось	Всего
1	1907	—	31	3	3	25	31
2	1908	25	230	131	84	40	255
3	1909	40	267	163	104	40	307
4	1910	40	249	126	116	47	289
5	1911	47	285	168	114	50	332
6	1912	50	257	154	108	45	307
7	1913	45	229	117	115	42	374
8	1914	42	237	108	113	51	372
9	1915	41	231	108	113	51	272
10	1916	51	203	102	108	44	284
11	1917	44	171	93	84	38	215
12	1918	38	158	71	81	44	196
13	1919	44	165	77	93	39	209
14	1920	39	187	99	84	43	226
15	1921	43	152	73	83	39	194
16	1922	39	125	57	68	39	164

В 1923 г., за 9 месяцев, вновь поступило 104 чел. больных.

Таким образом, за все существование больницы в ней пользовалось медицинскою помощью 3281 больной.

С какими заболеваниями принимались больные в больницу для хроников, можно привести на выдержку некоторые года. В 1910 и 1911 годах перебывало в ней 621 чел. больных, среди коих наблюдались следующие формы болезней:

1) Туберкулез легких	93
2) Маразм, малокровие	121
3) Болезни сердца и сосудов	80
4) Органов дыхания	62
5) Болезни мозга	59
6) Злокачественной опухоли	56
7) Мочевых органов	47
8) Костно-мышечной системы	29
9) Язвы, флегмоны	17
10) Сифилис	7
Итого	621

По сословиям больные распределялись следующим образом:

1) крестьян	378 ч.	(около 61%)
2) мещан	10 ч.	
3) дворян	40 ч.	
4) прочего сословия	22 ч.	

Минской губернии (из уездов) поступило 420 чел., других губерний 43 и гор. Минска 158.

Каждый больной провел в среднем 46 дней и на одной кровати перебывало в течение года 8 человек.

1923 г. Последние сведения—отчет за сентябрь.

Заболеваемость.

1) Туберкулез легких	10
2) „ прочих органов	3
3) Сифилис гуммозный	1
4) Проч. общ. незаразн. болезни	4
5) Злокачествен. новообразов.	2
6) Болезни спинного мозга	6
7) „ головного „	2
8) „ смешанн. заболев.	1
9) Прочие заболев. нервн. сист.	2
10) Болезни сердца	8
11) „ органов дыхания	4
12) Мышечный ревматизм	2
13) Костно-мышечной системы	12

Состав больных:

Нарсвязь	1	Собес	12
Нарпит	1	Жел.-дор. убеж.	2
Рабпрос	1	Крестьян	12
Рабземлес	1	Крестьян, прожив. в городе	8
Всемедикосантруд	1	Городских жител.	18

Прогрессирующее понижение числа поступающих в больницу с 1916 г. об'ясняется более продолжительным пребыванием больных в больнице и, главным образом, понижением в ней смертности, в прежнее время принимались в больницу не только неизлечимые, но и близкие к смерти, вошло в правило отправлять из Губернской больницы умирающих в больницу для хроников, но понижение числа больных далеко не служит указанием на понижение числа обращающихся, койки попрежнему не пустовали, что наглядно видно из проведенных больными дней в больнице.

в 1909 г.—307 больных со смертн. 104 ч. провели 13057 дней
в 1912 г.—307 „ „ „ 108 ч. „ 16125 „

разница в 3068 дней указывает, что в 1909 г. пустовали койки, в 1912 г. было переполнение при одинаковом количестве больных.

В 1911 г.—332 больных провели 15432 дня
В 1922 г.—125 „ „ 14080 дней

В 1922 г. число больных находилось почти втрое меньше, между тем разница в проведенных днях всего 1343 дня, числа пустующих коек в 1922 г. почти не было, если принять во внимание при 40 занятых в год койках, число проведенных больными дней равняется 14600 д. Значительное число отказов в помещении больных и неполная разгрузка городских больниц, больница для хроников по своему назначению требует расширения, что можно достичь или пристройкой или представлением здания напротив больницы, занимаемого трахдомом, в этом доме могли бы быть выделены специально туберкулезные больные во 2-й и 3-й ст. болезни.

Больница для хроников требует ремонта, пстройки собственной прачечной, проведения водопровода, устройства крытой веранды для больных, разбитие садика, приобретение электрической машинки и пр. аппаратов для лечения больных.

В заключение необходимо указать на неправильный взгляд на больницу для хроников, которую приравнивают к „богадельне" и думают, что здесь призревают, а не лечат больных. Это мнение исходит большей частью от невежественных лиц, незнакомых с постановкою больничного дела. Уход за больными и лечение в больнице для хроников поставлено одинаково с другими больницами и ничем от них не отличается.

В октябре месяце 1925 года больница переведена в Червень.

Из практики санитарно-гигиенических исследований.

(Из Белорусского Государственного санитарно-гигиенического института. Директор—проф. Б. Я. Эльберт).

Магистр фармации Д. Найдус.

Общее количество исследований, поступивших в санитарно-гигиенический отдел института за 1926-27 год, значительно выше прошлых лет, что об'ясняется, во-первых, предпринятыми в этом году систематическими исследованиями воды из колодцев городского водоснабжения, а также усиленными исследованиями мясных изделий, вызванными потребностью—проверить их качество после нашумевшего процесса Белмясторга, выпустившего в продажу массу недоброкачественных продуктов; с удовольствием можно констатировать, что качество колбас, выпускаемых крупными мастерскими, как Белмясторгом, БИКО, МИКО, трудколлективом и др., вполне удовлетворительно, чего нельзя сказать о тех мясных изделиях, которые изготовляются кустарным способом и продаются большей частью на базарах, рынках и привокзальных столиках: сплошь и рядом фарш оказывается низкопробным: много сухожилия, жира и воды; попадаются часто куски мяса с неснятой печатью скотобойни и свинина с торчащими щетинками, что является далеко не безопасным для нашего пищеварительного тракта; окраска фарша или оболочек анилиновыми красками—обыденное явление.

Много было доставлено образцов муки и хлеба (160), большей частью из об'единенной войсковой хлебопекарни. В подавляющем числе случаев мука оказывалась невысокого качества: увеличенное количество отрубей и сорных растений, хотя не ядовитых, но сообщающих муке и хлебу темный оттенок. Для получения муки более белого цвета применяют за-границей препарат, недавно предложенный двумя итальянцами Marotta и Stefano и названный ими Novodelox, представляющий собою смесь из 75% фосфорно-кальциевой соли и 25% бензоилпероксида; собственно белящее действие оказывает один бензоилпероксид, который, при смешивании с мукой и в процессе выпечки хлеба, распадается полностью, что видно из того, что в муке и хлебе после беления свободная бензойная кислота не найдена; реакция беления идет довольно быстро и энергично, даже каротин—пигмент моркови полностью обесцвечивается. Обследование образцов хлеба показало, что выпечка его не стоит на должной высоте: хлеб часто содержит повышенные кислотность и влажность при пониженной скважности и в этом отношении можно было-бы многое сделать для улучшения качества хлеба, если пользоваться новейшими научными достижениями и в этой области: во-первых, для повышения всхожести теста на 20% и больше можно добавить к муке, согласно указаниям Schröder'а, незначительные количества бромистого калия, над-

сернокислого калия или аммония, либо пербората натрия; такая прибавка не влияет ни на цвет, ни на вкус хлеба, но сильно повышает пористость хлеба и делает ее более равномерной; дальше для улучшения качества хлеба рекомендуют за последнее время охлаждать хлеб не при комнатной t⁰, а при низкой t⁰: хлеб имеет более приятный вкус и меньше теряет в весе. Чтобы использовать белки отрубей, которые усваиваются обычно организмом только в количестве 25—35%, предлагают обрабатывать отруби известковой водою, либо размягчают отруби в воде с примесью молочной кислоты; полученную, равномерную массу смешивают затем с более тонкою частью муки; все эти приемы имеют своей целью растворить целлюлезную оболочку отрубей и сделать их доступными действию наших пищеварительных соков.

Новым об'ектом для исследований в истекшем году были кукуруза, ячмень и овес (163 анализа), закупленные Белгосспиртом для дрожжевых и винокуренных заводов Белоруссии, в них определялась крахмалистость, влажность, энергия проростания и проростаемость вообще, что является весьма важным для определения выхода солода, дрожжей и спирта; для этих-же заводов произведено 15 исследований воды со специальным заданием—выяснить их пригодность для производств, основанных на брожении; такая вода должна содержать в литре не больше 500 миллигр. сухого остатка, 100 миллигр. са, 40 миллигр. Mg, 80 миллигр. серной кислоты, 30 миллигр. хлора; N_2O_5 допускается только в виде следов, а NH_3 и N_2O_3 должны полностью отсутствовать. Общая жесткость не должна превышать 20 немецких градусов, а окисляемость—не выше 3 миллигр. кислорода на один литр воды; вода очень мягкая тоже не годится, так как для процесса замачивания зерна при солодоращении желательна умеренная жесткость меньше теряется зерна; присутствие гипса в воде полезно для процесса солодоращения, но слишком большое содержание его оказывает неблагоприятное действие на осахаривание затора и брожение; карбонаты неблагоприятно влияют на процессы солодоращения и осахаривания, но содействуют брожению; некоторое влияние оказывает присутствие известковых солей на процесс распаривания зерна, особенно кукурузы в генцах; сильно щелочная вода, т. е. содержащая много карбонатной жесткости задерживает распаривание кукурузы, наоборот, гипс облегчает запаривание; присутствие железа вредит солодовому производству; также нежелательно присутствие большого количества хлоридов: происходит задержка в процессе замачивания зерна и проростаемость его; что касается количества микроорганизмов, то максимум допустимо 800 микроорганизмов в 1 к. с.

Перечень прочих об'ектов исследований довольно большой (84 наименования) и представляет собой довольно пеструю картину: для иллюстрации перечислю часть из них: блины, масло, лимонад, нарзан, квас, морс, мороженное, кофе, какао, шоколад, чай, огурцы, ситро, селедки, капуста, рыба, кильки, камбала, раки, пряники, сыр, конфеты, монпасье, изюм, сиропы, яблоки, мед и т. д.; было также не мало техно-химических и фармацевтических препаратов, как альбумин, одеколон, мыло, торф, глицерин, пиридиновые основания, смолы и т. п.

Остановлюсь на более редких, необычных исследованиях, оживляющих нашу монотонную работу:

1. Пирожное: было прислано с просьбой констатировать присутствие нашатырного спирта, подозревается покушение на отравление; пирожное действительно издавало слабый запах аммиака; так как мысль отравить кого-либо пирожным, пропитанным бьющим в нос

нашатырным спиртом, нельзя назвать особенно удачной, то я, естественно, начал искать другого об'яснения появлению аммиака в пирожном и остановился на том предположении, что для выпечки пирожного была употреблена углеаммонийная соль, часто применяемая кондитерами для под'ема теста и получения хорошей скважности, как результат распада соли на газообразные NH_3 и CO_2; при низкой t° в печи углеаммонийная соль не распадается полностью, а оставшаяся часть медленно диссоциирует при комнатной t° с выделением аммиака; это предположение подтвердилось: было сделано количественное определение аммиака, в спиртной вытяжке, в которой растворяется аммиак, но не растворяется углеаммонийная соль; найденное количество аммиака оказалось не высоким, всего 0,05%, но очень много аммиака получилось при определении всего количества NH_3 как свободного, так и связанного после разложения углеаммонийной соли; дальше при смачивании кислотою внутренних частей пирожного, заметно было выделение пузырьков угольной кислоты; если к этому еще прибавить, что при микроскопическом исследовании обнаружено было много измененных крахмальных зерен, обычно переходящих при этих условиях в мальтозу и декстрин с изменением или исчезновением структуры зерна, то предположение о таком происхождении аммиака в пирожном становится вполне реальным.

2. Кислый огурец из одной местной столовой с неестественно зеленым цветом и несколько вяжущим вкусом; подозревается окраска медными солями. Присылка этого об'екта, вероятно, была навеяна санитарному врачу литературными данными о применяющихся в разных местах приемах окраски зеленого горошка медными солями, с целью сообщить ему более стойкий цвет. Химическим исследованием не было найдено ни солей меди, ни анилиновых красок; подозрительный цвет и невполне удовлетворительный вкус могли быть следствием не совсем удачного подбора приправ, либо нечистого боченка, либо, наконец, от хранения боченка с огурцами в реке Свислочи, что практикуется прибрежными жителями для более длительного сбережения запаса огурцов, а загрязненность нашей многострадальной Свислочи общеизвестна.

3. N-ская артиллерийская дивизия прислала образец чая, имевшегося на складе в количестве нескольких сот фунтов; чай издавал слабый мочевой запах; требовалось выяснить, имеется-ли здесь загрязненность мочею и может-ли быть чай допущен к употреблению. Исследованием установлено, что чайный лист натуральный, без примесей и посторонней окраски и весьма ценный—широколистный; чайные листья настаивались полчаса на теплой воде, вытяжка центрофугировалась и осадок подвергнут микроскопическому исследованию, при чем форменных элементов мочи не оказалось: химическим исследованием горячей водной вытяжки листьев не было также найдено фосфатов и хлоридов—этих характерных для мочи химических соединений; доказать присутствие мочевины и мочевой кислоты не удалось. Единственное об'яснение слабого мочевого запаха чая, я мог дать следующее: теин чая с химической точки зрения относится к пуринам: он представляет собою триметил диоксипурин; при небрежном хранении чая во влажном месте произошел ферментативный процесс, вызвавший окисление части пуринов с образованием мочевины, которая в дальнейшем разложилась с выделением аммиака, при чем из белка чайных листьев могли получиться фенолы; в литературе имеет одно указание Picard'а на возможность образования мочевины в плодовых водах.

4. При исследовании дешевых сортов шоколада, часто констатируется вкус мыла; такой шоколад вреден для детей, страдающих желудочно-кишечными заболеваниями и реконвалесцентов, вызывая у них поносы. Мыльный вкус шоколада большей частью является результатом применения при обработке какаовой массы слишком больших количеств щелочей, количество которых не должно превышать 3%, в хороших сортах стараются не доводить реакции до щелочной; хотя при этом выход какао несколько уменьшен, но качество его лучше, а избыток щелочей частично омыляет жирное масло какао; мыльный вкус может также обуславливаться приготовлением шоколада при высокой t⁰ или хранении его во влажном месте. При исследовании двух сортов шоколада, я обратил внимание на красные пятна, перешедшие на шоколад из окрашенной фольги; окраска оказалась анилиновой, а сама фольга содержала много свинца, такая фольга не должна применяться для заворачивания пищевых и вкусовых средств.

5. Засохшая розоватая масса, снятая с внутренней стенки сепаратора из дома грудного ребенка. Исследованием установлено, что это —засохшая кровь либо от кровянистого молока, либо от рук работников.

6. Из того же дома грудного ребенка было доставлено молоко с просьбой выяснить, является ли оно женским или коровьим; этот вопрос интересовал главрача потому, что дом грудного ребенка покупает женское молоко у кормящих женщин, которые отцеживают свое молоко тут же на месте; возникло подозрение в замене свое о, женского молока, коровьим. Для решения этого вопроса ограничиваться одним количественным определением составных начал молока было-бы недостаточным: молоко могло быть и смешанным, поэтому пришлось базироваться на том, что женское молоко в противоположность коровьему почти не содержит ферментов оксидазы и пероксидазы, но весьма богато каталазой. Была также проделана реакция преципитации.

7. За последние месяцы строительного сезона доставлено было 8 образцов строительного материала для исследования на присутствие грибов разрушителей; один раз найден Penicillum glaneum, а 7 раз Merulius lacrimans т. н. плачущий гриб—самый опасный гриб разрушитель деревянных построек. Этот гриб образует по Czapek'у два фермента: гидромазу—расщепляющую эфирообразные соединения лигнина и цитазу, растворяющую целлюлезу. Этот гриб способен также прорастать через каменные и кирпичные постройки, не вызывая, однако, их разрушения. Так как этот гриб очевидно свил себе в городе прочное гнездо, то органы, занимающиеся жилстроительством, должны обратить на это обстоятельство особое внимание. Неоднократно поступали запросы от учреждений о мерах борьбы с этим грибком. К сожалению, бороться с ним уже в зараженном помещении чрезвычайно трудно. Правда, ряд авторов рекомендует опрыскивать пораженные места медным или железным купоросом, сулемою, серной кислотою и другими химическими соединениями. Другие предлагают окуривать помещение серой или формалином, но получаемые результаты не всегда удовлетворительны. Здесь необходимы широкие профилактические мероприятия: доски и бревна должны быть сухими, количество воды в них не должно превышать 8 проц., максимум—12 проц.; некоторые рекомендуют пропитывать строительный материал медным купоросом, хлористым цинком, фенолами, крезолами и просто дегтем, затем стены должны быть без щелей, пространство под полом не должно быть засыпано строительным мусором, как мы это часто видим, а крупным, сухим

материалом, свободным от органических веществ и, само собой разумеется, почва должна быть сухая; надо обратить внимание на чистоту рук и одежды плотников и столяров. Описаны случаи переноса самими рабочими спор из зараженного материала на здоровый. Надо от поры до времени дезинфицировать инструменты, тачки и телеги, в которых провозится строительный материал. Не безинтересным является вопрос о санитарно-гигиеническом значении зараженного грибком помещения для живущих в нем. Этот вопрос заинтересовал нас еще потому, что в санитарно-гигиенический отдел института одно время был доставлен для исследования ржаной хлеб, которым отравились 80 рабочих в Лепеле; хлеб был густо покрыт зеленоватой пылью, оказавшейся состоящей из обильного количества спор penicillum glaucum. Вопросом о вредности плесневых грибков занимался большой ряд авторов, как Вирхов, Krombhalz, Ungefuh, Hartig, flugge, Kubner, Эрисман, Сорокин, Илькевич и мн. др. полного единомыслия между ними по данному вопросу не достигнуто: в то время, когда они утверждают, что плесневые грибки опасны, вызывая явления микоза: болезни дыхательных и пищеварительных путей, отиты и кератиты, сонливость, головокружение, рвоту и т. п. и могут даже повести к летальному исходу, другие же авторы, как Hartig и Илькевич на основании самоопытов совершенно отрицают вред плесневых грибков. В особенности любопытны самоопыты Илькевича: в течение 43 дней он нюхал споры Merulius Lacrymans, как табак и принимал их мицелии per os. Вкус сначала приятный затем горьковатый, как после приема хинина; такой же самоопыт был им проделан со спорами и мицелиями другого гриба разрушителя polyporus vapozarius в течение 30 дней; мицелии последнего грибка никакого вкуса не имеют; этим признаком можно пользоваться для диагностирования этих двух видов грибков, имеющих сходные по структуре мицелии. За все время опытов, автор никаких болезненных явлений не замечал. Он также отрицает вред от вдыхания несколько неприятного запаха, издаваемого грибками в периоде отмирания грибницы и их гниения; находятся и такие оптимисты, которые считают появление грибка полезным в том отношении, что он сигнализирует живущим в помещении о вредности данного помещения, как сырого, т. к. только в сыром помещении и возможен рост грибка.

8. Несмотря на все увеличивающуюся медицинскую сеть, знахарство все еще крепко держится в разных темных уголках Белоруссии. В виде медикаментов, отобранных у знахарей и присланных в институт, фигурируют всевозможные и невозможные об'екты, как глина, сухой деготь, измельченный бычий пузырь, гнилое дерево, сморчки и неизменная трава parnassia palustris в простонародьи—любчик.

9. Иодная настойка; содержание иода найдено в 8,2% вместо требуемых фармакопеей 10%, можем ли мы рассматривать этот препарат, как фальсификат? К решению этого вопроса надо подойти несколько осторожно, ввиду того, что при долгом хранении, иод, как это доказано экспериментальным путем, вступает в химическое взаимодействие со спиртом, образуя иодистый этил, который не определяется при обычном титровании гипосульфитом и таким образом могут получаться более низкие цифры иода.

Последняя германская фармакопея поэтому рекомендует для большей стойкости препарата готовить T-ra Jodi растворением семи частей иода и трех частей иодистого калия в 90 ч. спирта.

10. Настойка строфанта, из оршанского Окрздрава. Настойка имеет нормальные цвет, запах и вкус, но мутновата; просьба—выяснить при-

чину мути. Настойка подвергнута перегону, в перегоне определялась крепость спирта, примененного для приготовления настойки; спирт оказался всего 52-процентным, вместо требуемых фармакопеей 70%, семена же строфанта содержат 30% жирного масла, не растворяющегося в слабом спирте и дающего поэтому муть.

11. Порошок опия. Требовалось определить годность его для терапевтических целей. Доставленный препарат имел несколько слабый одуряющий запах и пониженный горький вкус. Химическим исследованием найдено всего 2,25% морфия тогда, как самые плохие сорта опия, как Индейский и Китайский содержат минимум 3%, фармакопея же требует минимального содержания морфия в 10%. Говорить о фальсификации препарата при современных условиях закупки госорганами медикаментов и снабжения ими аптеки не приходится. Чем-же можно об'яснить уменьшение количества морфия? Здесь возможно одно об'яснение: опий был низкого качества с малым количеством морфия. Находящийся в опии фермент опиаза, типа пероксидазы, при долгом хранении препарата постепенно разложим морфий. По новейшим данным ферменты действуют только тогда, когда они находятся в коллоидальном состоянии, здесь происходит адсорбция коллоидального морфия коллоидальным—ферментом опиазой; порошкообразное состояние опия способствует этому разложению.

Рецензии

Проф. **М. М. НЕВЯДОМСКИЙ**, Москва. **Механика жизнепроявлений больного человека.** Т. 1, ч. I, Москва 1926 г. **Важнейшие заболевания дыхательных органов.** 210 стр.

Хотя вышла только одна часть руководства М. М. Невядомского, эта часть дает полную и ясную картину клинической ориентации автора. Труд автора следует приветствовать уже потому, что трактовка предметов идет по принципу лекций по частной патологии, которые ныне во многих университетах СССР не читаются вследствие упразднения соответствующих кафедр. Упразднение этих кафедр весьма пагубно отразилось на уровне врачебного развития студентов, так как здесь студенты знакомились не только с фактами, но и патолого-физиологической подкладкой фактов, учились не только знаниям, но и пониманию. И недаром лекции читались именно на третьем курсе.

Проф. Невядомский по всем затрагиваемым им вопросам старается выяснить механизм патологических явлений и симптомов. Он справедливо рекомендует: „Не очень полагаться на память, а вместо этого выяснить себе механизм заболевания“. И действительно, руководства преподносят часто лишь голые симптоматологические и диагностические факты, изучаемые на память, с тем, чтобы в скором времени, изученные факты улетучивались из памяти. В этом-то и заключается вред так называемых конспектов.

Труд М. М. Невядомского дышет духом классической в свое время школы Захарьина, который перешел на М. М. Невядомского из рук проф. Попова, лучшего ученика Захарьина и выдающегося педагога. Помимо других достоинств труда, это обстоятельство для русских студентов и врачей является крупным плюсом. Попытку применить патологический и клинический метод Захарьина в освещении современной клинической науки, следует считать вполне удавшейся. Перед нами синтез старого и нового.

Конечно, по некоторым детальным вопросам можно не согласиться с автором, как, например, с применением Потэн‘а при пневмотораксе, где я считаю Потэн‘а противопоказанным, а применяю сифонный способ выкачивания, да и вообще выкачивание при пневмотораксе рекомендуется лишь при закрытой форме, где давление положительное.

В новом издании необходимо будет изложить учение Ранке и особенное значение для клиники второго стадия по Ранке с преимущественно гематогенным распространением туберкулеза и возникновением очагов в легких, особенно, верхушках, именно, гемотогенным путем. Но подобные недочеты не умаляют ценности книги М. М. Невядомского, а не умаляют потому, что общий уровень ее стоит на достаточно высокой степени как клинической, так и педагогической идеологии.

Следует рекомендовать труд М. М. Невядомского как белорусским студентам, так и белорусским врачам.

Проф. *Ф. О. Гаусман.*

А. А. ОКС. Клиническое исследование больного. Одесса. 1927 г.

С удовольствием приступаю к рецензии руководства А. А. Окса, не только потому, что труд, вышедший из клиники проф. Л. Б. Бухштаба в Одессе, сам по себе является ценным вкладом в пропедевтическую литературу, но и потому, что в ней отражается и школа оригинального нашего клинициста В. П. Образцова.

В наш век увлечения лабораторными и экспериментальными проблемами, инструментальной техникой и рентгенологией, современное молодое клиническое поколение нередко с пренебрежением относится к палатной работе и к простейшим методам исследования, из палаты все больше и больше уходит в лабораторию, в рентгеновский кабинет и привязывается к разным сложным аппаратам. Конечно, нужна лаборатория, рентген и аппараты, но нельзя же с пренебрежением относиться к самому больному и к непосредственным методам исследования больного. Поэтому нельзя не приветствовать появление в печати руководства А. А. Окса, которое удачно излагает простейшие исследования, являющиеся альфой и омегой клинического исследования.

Заслугой автора является та подробность, с которой он останавливается на методах физического исследования брюшной полости, к каковому отделу диагностики обычно, за редкими исключениями, авторы относятся черезчур невнимательно. Подробно, хотя местами и не совсем точно, излагается пальпация, в частности глубокая скользящая топографическая пальпация по Glenard'у—Образцову—Гаусману. Следовало-бы автору указать на то, что лишь глубокая пальпация, разработанная Гаусманом, дала возможность прощупать большую кривизну и червеобразный отросток и что, в частности, метод прощупывания большой кривизны и отростка впервые разработан Гаусманом, так как В. П. Образцов для определения нижней границы желудка пользовался не непосредственной пальпацией кривизны, а перкуторной пальпацией.

Считая, что несомненно в скором времени появится второе издание этой полезной книги, я хотел бы обратить внимание автора на разработанный мною способ перкуссии сердца и легких, который позволяет точно определить разные конфигурации сердца. Владея этим методом, не станем определять границы сердца так, как говорит автор: „При перкуссии пальцем на пальце последний ставится параллельно предполагаемым границам сердца“, так как этим способом определить конфигурацию сердца никак нельзя, а можно лишь, и при том весьма неточно, определить размеры сердца.

Не взирая на некоторые небольшие пробелы, книгу доктора Окса безусловно следует рекомендовать студентам и врачам, которых категорическое заявление автора: „Не овладеть этим ценным методом (т. е. скользящей глубокой пальпацией) на первых-же порах своей врачебной деятельности, равносильно причислению себя к врачебным недоучкам“, надеюсь, заставит, наконец, заняться этим методом.

Проф. *Ф. О. Гаусман.*

Отчеты и корреспонденции

Первый Всесоюзный Педологический С'езд

Д-р Герман.

Первый Педологический С'езд в Москве собрал свыше 2.000 участников со всех столиц и уголков СССР. На С'езде были представлены педагоги, врачи и педологи. С'езд продолжался с 27 декабря 1927 г. по 4 января 1928 г., причем первые три дня пленарных заседаний были посвящены проработке программных докладов; остальное время вся работа проводилась в секциях, которых было семь: преддошкольная, дошкольная, первого школьного возраста, второго школьного возраста (переходного), трудного детства, исследовательско-методологическая и организационно-программная. На С'езде была организована выставка из экспонатов (диаграмм, инструментов, моделей школьной мебели и т. д.), давших возможность ознакомиться с работой самых разнообразных научных и практических учреждений, ведущих педологическую работу. Два заседания были особо посвящены педологии пионердвижения, хотя в секциях первого и второго детства, как и по вопросу об изучении коллектива, этот вопрос обсуждался.

С'езд был административно-научным и информационно-направляющим—его задачей было, во-первых, подтолкнуть педологию к определенным точным заданиям, которые ставит перед педологией педагогическая практика, во-торых—создать педологический коллектив, педологическое общество.

Перед С'ездом стояли следующие основные проблемы: политика, культура и педагого-педологические проблемы, общие вопросы педологии, проблемы методологии и педология детского труда.

Основной доклад на пленуме А. Б. Залкинда „Педология в СССР" дал исчерпывающую характеристику всей той исследовательской и практической работы по педологии, которая ведется в СССР. Тут была показана и дана оценка работе учреждений Наркомпроса и Наркомздрава и той педологической работе на транспорте, которая ведется об'единенными усилиями органов здравоохранения и просвещения.

Педологию тов. Залкинд определяет, как „материалистически-диалектическую, марксистскую научную дисциплину, которая впитывает в себя и синтезирует наиболее ценный научный материал о *взаимоотношениях растущей человеческой личности с окружающей средой*"; для этого педология пользуется материалами из общей биологии, физиологии, рефлексологии, об'ективной психологии, а также клиники.

Развернувшиеся дебаты освещали, главным образом, вопрос структуры человеческой личности и проблему ее (личности) прогенеративной изменчивости. Очень живые прения развернулись по вопросу о взаимозависимости педологии и педагогики. По вопросам методологии,

где в центре прений стояла система целостного изучения ребенка и детского коллектива, дискуссия шла о приоритете того или иного метода при изучении поведения ребенка—метода ли наблюдения, экспериментального ли, психологического или физиологического и т. д.

В своем докладе тов. Залкинд подчеркнул, что советская педология „придерживается оптимистических взглядов на возможности прогенеративной изменчивости человеческой личности в условиях развивающейся социалистической среды". И прения, равно как последующие доклады в секциях и, что особенно знаменательно, в секции трудного детства подтвердили всю обоснованность оптимистической установки на проблему прогенеративной изменчивости человеческой личности в зависимости от среды.

Доклады, освещавшие идеологию ребенка, явно говорили о том, что наш ребенок живет и дышет современностью, что он верно отражает среду, в которой живет.

Очень оживленные прения развернулись в организационно-программной секции по докладам т. Фалька о подготовке врачей педологов и тов. Невского о подготовке педологов педагогов.

Здесь прения заострились по вопросу о том, кому будет принадлежать приоритет в школе—врачу-педологу ли или педологу-педагогу. Выступления ряда авторитетнейших работников здравоохранения и просвещения указывали на необоснованность такой постановки вопроса. Педолог, воспитанный в педагогическом ВУЗ'е, имеющий практический педагогический стаж, ближе подойдет к педагогической практике, но целостное изучение поведения ребенка немыслимо без активнейшего участия врача-педолога.

Один из виднейших педологов СССР П. Блонский в своем выступлении сказал, что он не мыслит себе педологической работы без врача; то, что у нас в педологии, по его мнению, есть действительно научного—это именно область анатомии и физиологии и т. п., созданная врачами, все остальное еще в тумане, а потому только совместная работа педагога, врача-педолога и педолога даст гарантию педологического изучения личности ребенка в его взаимодействии со средой.

На С'езде были заслушаны четыре доклада белорусских работников: Ривеса С.—результаты массового обследования школьной успешности 3-х и 4-х групп Белорусских школ 1-й ступени по методу тестов; Гайворовского А.—круг представлений современного белорусского школьника, и Ривесса С.—результаты массового обследования представлений белорусского ребенка об Октябрьской Революции, и проф. Василейского о детском мышлении.

Все четыре доклада вызвали оживленный обмен мнений.

С'езд привлек к себе широкое общественное внимание и детально освещался в печати. На С'езде были заслушаны доклады т. Крупской, т. Бухарина, т. Семашко и т. Луначарского.

Тов. Крупская в своем докладе подчеркивала значение педологии для педагогики, указывала на важность изучения нового массового ребенка, особенно в периоде переходном. Школа, по мнению т. Крупской, должна создать такой коллектив, в котором не могло бы быть и речи о подавлении личности, а, наоборот, вся атмосфера школы должна способствовать развитию личности, и роль педологии в этом отношении велика.

Тов. Семашко указывал на значение профилактического течения в педиатрии, на необходимость связи между педиатрией и педологией.

Тов. Бухарин взаимоотношения между педологией и педагогикой определил следующим образом: педология, по его мнению, является

теоретической научной дисциплиной, а педагогика—прикладной наукой. Педология, по словам тов. Бухарина, должна быть служанкой педагогики, но такой служанкой или кухаркой, которая умеет уже править государством. В своей работе педология, по мнению т. Бухарина, должна пользоваться диалектическим методом, т. е. индукцией и дедукцией подобно тому, как она пользуется анализом и синтезом.

Тов. Луначарский говорил о том, что педология наука еще молодая, это, быть может, еще болотистая почва, но лучше педагогу стать обоими ногами на такую почву, чем висеть в воздухе.

С'езд вынес резолюцию о необходимости планового согласования исследовательской работы по педологии со стороны НКПроса и НКЗдрава.

При Главнауке и ГУС'е НКПроса РСФСР совместно с НКЗ будет создана комиссия по планированию исследовательской педологической ваботы. В эту комиссию будут вовлечены представители НК Просов и НКЗдравов Союзных Республик, и таким образом она будет иметь общесоюзный характер. Решено было также организовать педологическое общество и журнал. По линии НКЗ решено углубить педологическую подготовку врачей ОЗД, путем устройства 2-х годичных педологических курсов и организации кафедры гигиены воспитания на медфаках.

В заключение своей кратенькой информации хочу сообщить, что на С'езде присутствовало около 50 делегатов из Белоруссии, в том числе свыше 20 врачей ОЗД из всех округов, кроме Мозырского и Полоцкого.

Надо надеяться, что С'езд и проработка врачами ОЗД материалов С'езда вольют новое, живое содержание в работу всей нашей организации ОЗД.

Медицинский отчет за время с 25 мая 1925 г. по 1-ое августа 1927 г.

(Центральная Белорусская Хирургическая санатория „Черницы" для костно-туберкулезных больных).

Д-р А. Комаровская.

Данный отчет, являющийся вторым, охватывает деятельность санатории в течение 2-х лет и 2-х месяцев. Время это взято потому, что с 1-го августа предполагается расширение санатории до 100 коек и возможность помещения легочных больных.

В предыдущем отчетном периоде санатория принимала не только туберкулезных больных, но всевозможных хирургических больных, а в настоящем отчетном периоде принимала исключительно костно-туберкулезных больных с поражением только больших суставов и позвоночника. Больные же с поражением мелких суставов принимались, как исключение.

Поступающие больные регистрировались по общепринятым для костного туберкулеза формам: I—закрытые случаи, II—закрытые с затечными абсцессами и III—открытые со свищами и вторичной инфекцией. Отмечался также возраст и все деформации скелета, вызванные заболеванием.

Ввиду того, что питание туберкулезного больного является существенным моментом в его лечении, и от правильной постановки его зависит и успех лечения, в санатории много внимания уделялось выбору пищи и питанию больных.

В отчетный период питание больных санатории проводилось по картотеке, выработанной Врачебным Отделом Об'единения Московских санаторий; но после применения его некоторое время оказалось, что эта норма питания для наших больных велика, почему ее и убавили, выработав собственные нормы.

Пища в санатории была очень разнообразной, смешанной и обильной. В зимнее время, если больной не мог с'едать полагающееся по норме санатории количество пищи, т. е. не получал желательного количества калорий, такому больному назначался еще рыбий жир в соответствующем количестве. Кормили в санатории пять раз в сутки, по следующему расписанию:

в $8^1/_2$ час. утра первый завтрак: чай, кофе, молоко, хлеб с маслом и сыром или колбасой, иногда яички;

в 11 ч. утра второй завтрак: одно мучное или мясное блюдо, молоко, какао;

в $2^1/_2$ часа дня обед из трех блюд.

В $4^1/_2$ часа дня—чай со сдобными булками, печением, конфектами или шоколадом.

В 7 ч. вечера—ужин: мясное или мучное блюдо с гарниром, молоко, фрукты.

Для наглядности приводится следующая таблица нормы питания:

Средняя суточная норма питания больных санатории:

Таблица № 1.

Наименование продуктов	Количество в граммах	Количество калорий
Хлеб ржаной	356	1032
„ пшеничный	123	340
Мука пшеничная	70	228
Мясо или рыба . .	400	515
Молоко	800	2.000
Жиры . . .	82	677
Сахар . . .	68	362
Крупа или рис . .	45	79
Овощи	246	147
Картофель . . .	37	33
Колбасные изделия и сыр . . .	107	433
Яйца . . .	$1^1/_2$шт.	120
Фрукты свежие . .	224	121
Итого . .	2.558	6.087

Как общее правило, большинство из больных (72%) в течение первых двух месяцев по поступлении прибывали в весе в среднем на 2 kilogr.; в дальнейшем же прибавка в весе шла не так интенсивно. Больные же со свищами и вторичной инфекцией иногда не только не прибывали в весе, но и падали (в 16%). При энергичном солнечном лечении также обычно наблюдалось падение в весе в среднем на 1 kilogr. в период лечения. У остальных же оставался прежний вес (в 12%).

Из других консервативных методов лечения, главным образом, проводились: креозотовое по способу проф. Р. Р. Вредена, лечение смесью камфоры и нафтола по способу проф. Calot, лечение кальциевыми солями, а также в летнее время лечение солнцем и зимой—кварцевой лампой.

Иодоформенное лечение по способу проф. И. И. Грекова, широко применявшееся в первые годы существования санатории (с 1922 г. по 1925 г.), как недававшее удовлетворительных результатов, с 1925 г.

вовсе в санатории не применялось. Ин'екция же иодоформенной эмульсии применялась, как местно дезинфицирующее средство, введением эмульсии (10%) в свищи со вторичной инфекцией и в полость абсцессов: при спондилитах в 15% всех случаев спондилита, при кокситах в 17,7% всех кокситов, при гонитах в 19,1% случ., при тарзитах в 53,3%, при поражении локтевого сустава в 33,3%, при туберкулезе мелких костей стопы и кисти в 23%.

Результатом таких ин'екций было более быстрое закрытие свищей.

Лечение ин'екциями креозотового масла по способу проф. Р. Р. Вредена применялось в настоящем отчетном периоде, как и в предыдущем отчетном периоде, хотя явных результатов такого лечения санатория и не наблюдала. Но ввиду улучшения общего состояния и значительной прибавки в весе при этом лечении, применяли его, как правило каждому поступающему больному. Прибавка в весе была в 78% в среднем на 2 или 2½ kilogr. в течение первых двух месяцев. Креозот вводился внутримышечно в 10% или 20% смеси креозота в миндальном или прованском масле в течение 10-ти дней подряд через каждые 12 часов. Затем недельный перерыв и снова повторялось 10-ти дневное впрыскивание. И таким образом повторялось четыре раза. Маленьким же детями и очень худым креозот назначался в свечах.

При применении курса креозотовой ин'екции велось наблюдение за деятельностью почек.

Креозот, кроме внутримышечных ин'екций, применялся и местно в виде пасты при синовиальных формах туберкулеза суставов.

Результаты местного лечения креозотом выражались в уменьшении болей и улучшении функций сустава.

К сожалению, ввиду отсутствия лаборатории наблюдений над кровью при применении креозота не производилось.

Применение камфор-нафтола было исключительно местное при наличии фунгозных масс в суставе, а также при очень густом гное в абсцессах. Вводился камфор-нафтол в разведении с глицерином (1 : 3) в количестве от 0,2—0,5 кб. см. Применение его было крайне осторожное, и случаи строго индивидуализировались. Камфор-кафтол впрыскивали 1—2 раза в неделю до превращения фунгозных масс в коричневато-красноватый гной, который затем и удалялся. Применялся камфор-нафтол при кокситах в абсцессы в 3,2%, при гонитах в 23%, при тарзитах в 6,6% и при tbc мелких костей стопы и кисти в 15,3%.

Результаты этого лечения выражались в исчезновении фунгозных масс, затихании болей и улучшении подвижности в суставе.

Из солей кальция применяли хлористую и фосфорную и исключительно внутрь: при спондилите в 1,6%, при коксите в 9,6%, при гоните в 16,3%, при тарзите в 33%, при множественном поражении крупных суставов в 33,3%.

Каких-либо результатов от этого способа лечения санатория не наблюдала.

Кроме вышеперечисленных методов лечения, санатория пользовалась также и ортопедическими: устранением контрактур и фиксаций суставов вытяжением и гипсовыми повязками, редрессацией под наркозом, устранением искривлений реклинациями.

Вытяжение применялось в острых формах для фиксации суставов и позвоночника, а также для устранения легко поддающихся контрактур. Если же эта мера не давала результатов, то накладывали гипсовую повязку под наркозом после предварительного устранения контрактуры и вообще неправильного положения конечности: при кокситах в 12,9% всех случаев.

Гипсовую повязку накладывали также и в момент затихания процесса в суставе, чтобы дать возможность больному ходить без опасности рецидива. Таких повязок было: при кокситах в 24%, при гонитах в 23%, при тарзитах в 20% всех случаев.

При спондилитах же у маленьких детей при остром лечении, чтобы фиксировать позвоночник, применяли гипсовые кроватки в 8,9% всех случаев, хотя последние и являются не особенно желательными, как не дающие уменьшения gibbus'а. Обычно же всем спондилитикам при наличии gibbus'а по способу Rollier подкладывали под последний небольшой мешок со льняным семенем, чем достигалась реклинация позвоночника. Небольших же и неспокойных детей кроме того фиксировали еще специально устроенными (системы д-ра Клумова, Минск) полотняными лифчиками.

Способ Rollier дал в 5% всех случаев полное устранение gibbus'а.

Вообще же санатория избегала применения длительных гипсовых повязок, как дающих анкилозы, и старалась пользоваться всевозможными другими способами.

Оперативное вмешательство применялось в виде резекции суставов в случаях жизненного показания и устранения стойких контрактур в затихших случаях tbc, где применялись, смотря по надобности, или костно-пластические операции или же просто производилась тенотомия. Костно-пластическая операция производилась при гонитах в 11,5% и при кокситах тенотомия в 3,2% всех случаев.

Результаты от этих операций были положительными во всех случаях.

Операций фиксации позвоночника по способу Albée не было в отчетном периоде, так как вообще санатория значительно с'узила показания к применению этой фиксации позвоночника.

Лечение светом раньше производилось лишь летом в виде гелиотерапии.

Лечение солнцем проводилось по следующей схеме:

Таблица 3.

Дни	Время	Дни	Время
I день	5 мин.	VII день	40 мин.
II „	10 „	VIII „	50 „
III „	15 „	IX „	60 „
IV „	20 „	X „	„ „
V „	25 „	XI „	„ „
VI „	30 „	XII „	„ „

Больные, как видно из таблицы, начинали освещаться с 5′, увеличивая ежедневно сеансы на 5′. Когда сеанс был доведен до 30 мин., надбавка делалась по 10′, так как кожа больных уже была приучена к солнцу. Когда освещение солнцем доводилось до часа, больным разрешалось сколько угодно лежать на солнце. В течение всего лета больные успевали провести больше 30-ти сеансов солнечного лечения.

Пигментация кожи у большинства больных получилась довольно интенсивная, ожогов не имелось. У многих детей, хотя они теряли в

весе, от лечения солнцем, имелись заметные результаты в смысле улучшения процесса: рубцевание свищей, уменьшение болей, улучшение функций суставов, рассасывание абсцессов.

В январе месяце 1927 года была получена кварцевая лампа и начато лечение. Но ввиду того, что кварцевое лечение охватывает очень короткий период—в течение 3-х месяцев, то систематически применить удалось его всего в 29 случ.: при спондилитах в 21,3% всех случаев, и при кокситах в 4,8%. В обоих этих формах заболевания, освещение кварцевой лампой было общее.—В 7,6% при гонитах, в 46,6% при тарзитах и в 23% при поражении мелких костей стопы и кисти—применение кварцевой лампы было местное.

Сеансы освещения кварцевой лампой проводились через день. Начинали с 5′ при расстоянии в 75 ст. Надбавка времени сеанса делалась по 5′, расстояние не изменялось Когда же сеансы были доведены до 30 минут, расстояние начинали убавлять каждый сеанс на 5 ст., оставляя время освещения прежним, т. е. 30 мин. (больных больше 30 мин. не освещали).

Таким образом доводили расстояние до 50 ст., после чего все дальнейшие сеансы освещения кварцевой лампой проделывались по 30 минут с расстоянием в 50 ст.

Пигментация кожи у некоторых больных получилась довольно интенсивной (1,8%), у большинства же слабой.

Каждым больным было проделано по 30-ти сеансов.

Результаты лечения кварцевой лампой видны из следующей таблицы:

Таблица № 3.

Местоприменение кварцевой лампы	Форма заболевания		Прибавка в весе	Улучшение самочувствия	Улучшение местного процесса	Без перемены
Общее	Spondylitis tbc	Число случаев . .	7	3	4	—
		% отношение . .	50	21,4	28 6	—
	Coxitis tbc	Число случаев .	1	2	1	—
		% отношение .	33,3	66,6	33,3	—
Местное	Gonitis tbc	Число случаев . .	1	1	2	—
		% отношение . .	50	50	100	—
	Tarsitis tbc	Число случаев .	4	1	1	1
		% отношение . .	57.1	14,2	14.2	14,2
	Tbc oss. manus et pedis	Число случаев . .	1	1	3	—
		% отношение .	33,3	33,3	100	—
		Всего . .	14	8	11	1
		% отношение . .	48.2	27,9	37	33,3

Из следующей же таблицы видны общие результаты от пребывания и лечения больных в санатории:

Таблица № 4.

Локализация процесса и %% отношение	Количество случаев	Форма процесса: Количество закрытых форм	Колич. закрыт. форм с абсцессами	Колич. откр. форм со свищами	Результаты лечения: Выздоровление	Улучшение	Без перемены	Ухудшение	Смертные случаи
Spondylitis tbc	66	32	5	29	5	45	6	6	4
%%	34	48,5	7,9	45,4	37,5	68.1	8,9	8,9	6
Coxitis tbc	62	34	5	23	5	34	20	2	1
%%	32,5	53	8	37	8	54.8	32	3.2	1.6
Gonitis tbc	26	17	3	6	3	18	3	2	—
%%	13	65	11,5	23	11,5	69,5	11.5	7,6	—
Tarsitis tbc	15	5	1	9	2	7	4	2	—
%%	7.5	33	6,6	60	13,3	46,6	26.3	13.3	—
Artritis tbc humereit cubiti	3	2	—	1	—	2	1	—	—
%%	1.5	66	—	33.3	—	66,6	33.3	—	—
Poncet	3	3	—	—	—	3	—	—	—
%%	1.5	100	—	—	—	100	—	—	—
Adenitis tbc	7	7	—	—	7	—	—	—	—
%%	3.5	100	—	—	100	—	—	—	—
Tbc oss. manus et pedis.	13	6	2	5	—	10	3	—	—
%%	6,5	46	15,3	38	—	7,6	23	—	—
Всего	195	106	16	73	22	119	37	12	5
%%		54.3	8.2	37.5	11.2	60	18,9	6	2.5

Туберкулез плечевого и локтевого суставов представляли в санатории редкие случаи, так как больные этой формой не направлялись в санаторию ввиду возможности лечиться амбулаторно.

Наблюдавшиеся же в санатории 2,5% смертных случаев об'ясняются генерализацией процесса. Это были больные, направленные в санаторию, с тяжелыми формами и не подлежащие санаторному лечению, у которых, кроме костного туберкулеза, имелось также поражение легких во второй стадии.

Санатория со следующего отчетного периода будет расширена на сто коек, будет иметь оборудованными рентгеновский кабинет и лабораторию, что даст санатории больший материал и лучшую возможность в его разработке.

Научное Общество Минских врачей.

(1927-ой год).

VIII заседание (7-го мая). 1) *Д-р Р. Е. Гинзбург* демонстрировала больную с хроническим алейкемическим миэлозом. Классификация лейкозов. Картина болезни. Подробный анализ крови. После 8 сеансов рентгенотерапии значительное улучшение, даже восстановление работоспособности, уменьшение селезенки и печени, резкое изменение картины крови. Больная, конечно, не вполне излечена, ибо рентген в данном случае есть симптоматическое лечение. которое может только продлить жизнь. Докладчица еще остановилась на дифференц. диагностике.

В *прениях* д-ра *Флекель и Василевский* считают этот случай за предстадию лейкемии. В том же смысле высказывается и проф. *Гаусман,* который принимает во внимание не абсолютное число лейкоцитов, а патологические формы в совокупности.

Проф. *Мелких* видит интерес этого случая в том, что под влиянием рентгена селезенка значительно уменьшилась, боли исчезли, миэлоцитов сейчас нет, а лейкоцитов всего 8 тысяч.

Докладчица в своем заключительном слове говорит, что вопрос о том, есть-ли алейкемический миэлоз самостоятельная миэлогенная единица или предстадия лейкэмии, можно будет решить только тогда, когда будет выяснен этиологический момент миэлозов.

2) *Д-р Круковский* демонстрировал больную, у которой после гриппа появился насморк с гнойными выделениями. Затем осложнение гайморитом и Exophtalmus. Полная потеря зрения левого глаза. Операция гайморита, вскрытие лобной и решетчатой пазух (д-р Паутов). Корки и свищ заставили больную прибегнуть к вторичной операции (проф. Бурак). Полное выздоровление. *Вывод*: этот случай показывает насколько важно наблюдение и лечение придаточных полостей носа при гриппе вообще и при заболевании глазницы—в частности.

Проф. *Бурак* еще прибавил, что заболевания этих полостей после гриппа протекают в виде сепсиса, тифа и т. п. Не надо выпускать момента и осложнения надо искать в полостях.

3) *Д-р Ситерман: К вопросу о сифилитических поражениях аорты.*—Патолого-анатомическая картина, классификация и клиника этого заболевания. Разобран материал (9 случаев) 1-ой терапевтической клиники. Связь сифилитического аортита с сифилитическими заболеваниями других органов. Симптомы этого заболевания. Важность аускультации (звенящий 2-ой тон на аорте). Таблицы и диапозитивы. Затем представлен материал по осмотру сифилитиков из Вен-диспансера (всего 71 человек). Изменения в сердечно-сосудистой системе найдено у 13 человек. Современные методы лечения. Необходимость энергичного и систематического применения в комбинации ртути, иода и неосальварсана.

4) *Д-р Прокопчук. Сифилис аорты.*—Доклад основан на большом материале из больницы в Пятигорске и распределен по социальному положению больных. Кроме симптомов, приведенных предыдущим докладчиком. д-р П. привел целый ряд других симптомов, характерных для этой болезни. Подчеркнута также роль конституции при данном заболевании.

В *прениях* проф. *Гаусман* остановился на вопросе о висцеральном сифилисе, о распознавании сифилитического аортита, об аортальной конфигурации сердца, получаемой при перкуссии. Диагноз очень труден и он ставится в большинстве случаев ex juvantibus.

Д-р Ситерман ответил на все предложенные ему вопросы и, кроме того, отметил, что перкуссия не имеет такого значения, как аускультация.

IX заседание (14 мая). 1) *Д-р Розенталь: Новые пути в терапии сифилиса. (Обзор).* Имеются две группы искания новых путей: а) улучшение старой методики и поиски за новыми медикаментами и б) принципиально новые пути. В области 1-ой группы ничего существенного добиться не удалось. Из принципиально новых путей докладчик остановился более детально на малярийной терапии, серотерапии и попытках Bergel'a. Все это однако не дает больших видов на будущее и поэтому пока необходимо держаться старой комбинированной медикаментозной терапии.

X заседание (4-го июня) 1) *Проф. Бурак* сообщил о 3-х случаях оперированных им абсцессов мозга и в числе их мозжечка с исходом в выздоровление. Краткие истории болезни. У других хирургов эта операция дает 75—87% смертности.

2) *Проф. Кроль* показал больного человека без шеи (болезнь Klippl-Veit'a). У больного отмечается малая подвижность головы, наклонение головы вправо, низкое начало волос, ограниченная подвижность рук. Рентген указывает на большие дефекты в области шейных позвонков, на их неподвижность и недостаточность. Кроме того, на уровне 3-го и 4-го позвонков имеется spina bifida. В основе этого процесса лежит дефект эмбрионального развития позвоночника.—В литературе описано всего 5 таких случаев.

По поводу демонстрированного случая *д-р Перельман* заметил, что таких больных можно видеть после излечившегося Tbc шейных позвонков, когда происходит оседание головы в шею и это может симулировать эту болезнь.

XI заседание (1-го октября). 1) Избран в члены-корреспонденты *д-р Гольдблат*, переехавший в Харьков.

2) *Д-ра Иргер и Драгун. О значении пилокарпина в диагностике и терапии болезней желчного пузыря и желчных путей.*

Произведенные докладчиками исследования 80 больных в 1-ой хирургической клинике показали, что после подкожного впрыскивания 1 к. с. 1% пилокарпина через короткое время выделяется значительное количество желчи, добываемой дуоденальным зондом. Экспериментируя над животными, которым были наложены свищи 12-перстной кишки, докладчики наблюдали судорожное сокращение желчного пузыря и выделение пузырной желчи после введения малых доз пилокарпина.

Выводы: 1) Пилокарпин, по сравнению с другими средствами, является более сильным раздражителем, опорожняющим желчный пузырь.

2) Пил., повидимому, вызывает сокращение гладкой мускулатуры крупных желчных протоков.

3) Пил. в небольших дозах может служить средством для лечения некоторых форм холелитиазиса и многих форм холецистита.

4) Пил. в небольших дозах не вызывает вредных побочных явлений.

Прения. Д-р Флекель считает Pituitrtn лучшим средством, если имеем ввиду влиять на гладкую мускулатуру. Хорошо действуют также и старые средства, как соли, масло и проч. Кроме того, пилок. может в хронических случаях вызвать вредные побочные действия.

Проф. Соколовский считает диагностическое и терапевтическое значение пилок. невеликим, а побочные его действия вредными.

Д-р Тургель считает пилок. ядом, который, помимо других явлений, может вызвать параличи. Pituitrin же безвреден.

Проф. Рубашев: Задача докладчиков состояла в том, чтобы выяснить возможность влиять на желчные пути при помощи разных средств в том числе и пилокарпина и им удалось доказать, что последний в подходящих случаях оказывает определенное действие. Нам известно, что при задержании мочи он служит могучим средством и дает больший эффект, чем Pituitrin. И он уже не такой яд, как его здесь рисовали.

3) *Д-р Глод-Вершук: О врожденных гидронефрозах.*

Докладчицей описан случай двустороннего врожденного гидронефроза с атрофией правого мочеточника и значительным сужением левого вследствие развития в них полулунной формы клапанов.

Приведены подробный протокол вскрытия, анализ жидкости гидронефротического мешка, детальное гистологическое исследование почек и мочеточников, а также обширная литература по этому вопросу.

XII заседание (15-го октября). 1) *Д-р Я. Шапиро* демонстрировал двух братьев с генерализованным липоматодом.

2) *Д-р М. Шапиро* показал из ортопедической клиники девочку 11 лет, страдание которой по клиническим симптомам соответствовало симптомокомплексу спондилолистеза. Диагноз подтвержден рентгеновскими снимками, на которых со всей ясностью видны дефекты развития дужек 4-го и 5-го поясничных позвонков.

3) *Д-р Ситерман*: Впечатления о заграничной поездке и работе в терапевтических клиниках Вены и Берлина.

4) *Проф. Рубашев*: Хирургические клиники и больницы в Берлине.

Секретарь *М. Поляк.*

Хроника

О VIII Всесоюзном С'езде Акушеров и Гинекологов в гор. Киеве. С'езд имеет быть созван с 21 по 26 мая 1928 года.

Программные вопросы следующие:

1) Миомы матки и их лечение (совместное заседание с рентгенологами). Докладчики: проф. Кривский, проф. Гамбаров, проф. Какушкин и проф. Неменов (1-й день заседания).

2) Кесарское сечение. Докладчики: проф. Груздев, проф. Тимофеев, проф. Сердюков, проф. Илькевич и проф. Селицкий. (2-й день заседания).

3) Профвредности в акушерстве и гинекологии. Докладчики: проф. Курдиновский и др. (3-й день заседания).

4) Индивидуальные вопросы. (4-й день заседания).

Запись в члены С'езда с обязательным взносом 10 рублей принимается по адресу: гор. Киев, бульвар Шевченко, 17—Акушерско-гинекологическая Клиника, Орг. Бюро.

Одновременно просьба каждого записавшегося в члены С'езда сообщать в Бюро, желает ли он на время С'езда получить помещение бесплатно или в гостинице, или же он может устроить себя сам. По указанному в письме адресу отправителя (члена С'езда) будет немедленно выслан ответ и квитанция о получении членского взноса.

О желании сделать на С'езде доклад на программную или индивидуальную тему авторы должны сообщать заявки с точным названием доклада и адресом докладчика в Орг. Бюро—Киев не позже 25-II—1928 г. Одновременно должны быть обязательно приложены автореферат и тезисы этого доклада.

В г. Минске при Акушерско-Гинекологической Клинике (Коммунальная ул., 2-я Советская Больница) организована для Белоруссии, комиссия под председательством проф. Выдрина и членов: д-ра М. А. Поляка и ассистента клиники д-ра Фурса Н. К. для просмотра докладов, предлагаемых С'езду. Вследствие этого лица, желающие сделать на С'езде доклад, должны последний представить означенной комиссии не пожзе 1 апреля для аппробации. После просмотра доклады будут возвращены докладчикам в двухнедельный срок с таким расчетом, чтобы доклад можно было направить в г. Киев не позже как к 1 мая, а отзыв о докладах будет послан Орг. Бюро С'езда. Доклады не представленные комиссии, на С'езде приняты не будут.

Член Комиссии *Д-р Н. Фурс.*

Совещание окружных инспектур здравоохранения при Наркомздраве БССР. 16—18 января при Наркомздраве состоялось Первое Всебелорусское Совещание Окружных инспекторов здравоохранения совместно с инспекторами и консультантами Наркомздрава. В работе совещания приняли участие также и представители здравотделов Западной и Московско-Белорусско-Балтийской жел. дорог.

В программе совещания стояли следующие вопросы: 1) основные элементы 5-ти летнего плана строительства здравоохранения в БССР, итоги рационализации и очередные задачи на 1927/28 год; 2) медико-

санитарное обслуживание застрахованных и медико-санитарное обслуживание военно-обязанных и их семейств, 3) о санитарной статистике, 4) о взаимоотношениях территориальных и транспортных органов здравоохранения БССР, 5) о журнале „Беларуская Мэдычная Думка".

Программа, как видно, составлена таким, образом, чтобы чисто практичееки подойти к разрешению стоящих ппред органами здравоохранения вопросов. Прения и резолюции, вынесенные по программным вопросам, носили также чисто-практический характер.

Особенное внимание было уделено 5-ти летнему плану Наркомздрава, освещенному Наркомом Здравоохранения т. Барсуковым.

Совещание поручило НКздраву уточнить пятилетний план в разрезе: динамики роста рабочей силы, заработной платы, уточнения измерителей, перспективы развития аптечной сети, дальнейшего развертывания туберкулезной, психиатрической и других видов спецпомощи, а также расширения строительства медико-санитарных учреждений в сельских местностях и в городах промышленного значения. По вопросу об аптечном об'единении совещание поручило Наркомздраву ускорить проведение этого вопроса через законодательные органы.

Совещание вынесло решение также по вопросам об усовершенствовании врачей, об оплате труда медперсонала и об усилении общественной работы органов здравоохранения. В дальнейшей работе по улучшению и приближению лечебной помощи к населению совещание постановило уделять больше внимания медпунктам на предприятиях, помощи на дому, скорой помощи и сельским амбулаториям, развивать специальные виды помощи в районных больницах и проверять степень удовлетворения населению медицинской помощью в лечебных учреждениях.

По вопросу об обслуживании застрахованных совещание, отметив уменьшение участия местного бюджета в расширении и качественном улучшении медпомощи застрахованным, дало задание расширить коечный фонд для застрахованных, улучшить качественно амбулаторную помощь и помощь на дому.

Совещание под'итожило результаты передачи всей медицинской статистики из органов здравоохранения в органы ЦСУ и наметило ряд практических предложений по изжитию наблюдавшихся дефектов урегулировать взаимную связь, вовлечь в дело санитарно-статистической отчетности райстатистиков и санврачей и проч.

По докладу о взаимоотношениях территориальных и транспортных органов здравоохранения совещание признало необходимым укреплять существующую связь путем участия в совещаниях, согласования при проведении ударных компаний и крупных санитарно-профилакгических мероприятий.

Большое внимание было уделено журналу „Беларуская Мэдычная Думка". Совещание постановило выделить в округах уполномоченных по принятию подписки и материалов для журнала, популяризировать журнал среди широких масс медработников и лиц, интересующихся делом здравоохранения, развить сеть корреспондентов на местах, ввести официальный отдел в журнале и обязать выпиской журнала все медико-санитарные учреждения республики.

В заключение нужно отметить, что участники совещания проявили большую активность при обсуждении всех программных вопросов. Ценным является то, что местная профессура также приняла живое участие в совещании, освещая вопросы как практического, так и научного характера.

Г. Ш.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Общественное здравоохранение и гигиена

Клиническая медицина

Экспериментальная медицина

Отчеты о деятельности мед.-санучреждений

Отчеты и корреспонденции



ЦАНА 1 РУБ.

